

Poner el cuerpo:
Entre la violencia institucional y la garantía de acceso a la
interrupción legal del embarazo

Lucia de la Vega

Tesis final

Director Fabián Salvioli

Maestría en Derechos Humanos

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Universidad Nacional de La Plata

“Sí somos capaces de parir; también somos capaces de engendrar otra historia”

Contenido

Primera parte: Preludio y presentación	7
1.a. Aclaración	8
1.b. Introducción	9
1.c. El estado de situación de la problemática investigada	12
1.d. Buscamos, conocimos y nos interpelamos	14
II. Metodología de investigación	15
Segunda parte: El aborto legal como lucha del feminismo y cuestión de derechos humanos ..	25
III. El Aborto legal, como lucha del feminismo y cuestión de derechos humanos.....	26
IV. Nuestras premisas guía	29
IV.a. La perspectiva de género	29
IV.b. La interseccionalidad	31
IV.c. La Perspectiva pro persona	33
IV.d. La interpretación de los derechos involucrados en función de las perspectivas explicitadas	38
IV.d. 1. El derecho a la vida	38
IV.d.2. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.....	44
IV.d.3. El derecho a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes	50
IV.d.4. El derecho a la privacidad, autonomía y dignidad	53
IV. d. 5. Derecho a una vida libre de violencias.....	56
Tercera parte: Obligaciones del Estado Nacional y Provincial con relación al acceso a la ILE....	59
V. Análisis del marco regulatorio del acceso a la interrupción legal del embarazo.....	60
V.a. El artículo 86 del Código Penal.....	60
V.b. Leyes nacionales y provinciales	63
V.c. Las notas y documentos técnicos del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”	66

V.d. El Caso F.A.L	70
V.e. Federalismo y acceso a la salud	72
V.f. El caso V.D.A (más conocido como “L.M.R”)	76
Cuarta parte: ¿Qué sucede en la Región?.....	82
VI. El estado de situación en la Región Sanitaria N°11.....	83
VI.a. Idas y vueltas en el Ministerio de Salud. El Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	85
VI.a.1. Primera etapa: AMEU y equipo móvil (Fines de 2014 – 2015)	85
VI.a.2. Segunda etapa: Notas y documentos técnicas, Misoprostol por licitación pública, Consejerías, Consejo Asesor y el Protocolo trunco (Diciembre de 2015 – Julio 2017).....	88
VI.a.3. Tercera etapa: Documentos técnicos 1 y 2, capacitaciones y los ILES sotto voce (Desde Agosto de 2017 hasta Diciembre de 2019)	91
VI.b. Un tejido que garantiza derechos.....	97
Quinta parte: Lxs que ponen el cuerpo.....	100
VII. Lxs que le ponen el cuerpo	101
VII.a. Las Consejerías: trincheras amigables y respetuosas de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar	102
VII.a.1. Su conformación y estrategias de intervención	103
VII.a.2. Reconocimiento estatal	110
VII.a.3. Abordaje de situaciones.....	111
VII.b. La Red de Profesionales por el Derecho a Decidir de La Plata, Berisso y Ensenada	116
VII. 3. Socorristas.....	120
VII.d. La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.	125
Sexta parte: Violencia institucional.....	130
VIII. La categoría de violencia institucional y el mensaje sobre los cuerpos.....	131
VIII.a. La primera barrera: no acceder a la información.....	134
VIII.b. La calesita: derivaciones, no acceder a la información de forma completa, no permitir llegar.....	136
VIII.c. La discrecionalidad en la certificación de las causales.....	139

VIII.c. Los segundos trimestres: atender violentando.....	142
VIII.d. El uso de técnicas vetustas	144
VIII.e. La falta de misoprostol.....	147
VIII.g.La criminalización post aborto: entre la salud y la persecución penal	151
IX. Respuesta estatal hacia los trabajadores de la salud que no cumplen la Ley	153
Séptima parte: ¿Y ahora que si nos ven?	157
X. Conclusiones y reflexiones	158
XI. Bibliografía	164
XII. Anexos.....	177
Anexo I. Encuesta autoadministrada enviada a los Hospitales provinciales de la Región Sanitaria N° 11.....	177
Anexo II Documento de consentimiento informado leído y adherido por cada entrevistado/a en las entrevistas semiestructuradas realizadas.....	180
Anexo III Pedidos de acceso a la información pública realizados al Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.	181

Primera parte: Preludio y presentación

1.a. Aclaración

Elaboramos la presente tesis en el intento de que configure una herramienta más en el proceso de legalización y despenalización del aborto, con el convencimiento de que se trata esencialmente de una cuestión de derechos humanos.

En particular, escribimos desde el feminismo y desde nuestro particular posicionamiento político, que ha direccionado la elección de las entrevistadas, así como también el marco teórico analizado.

Hemos realizado una elección consciente y política, un recorte intencional (Yañez 2013). Se ha configurado un esquema que hemos pretendido seguir, y en tal recorrido, nos encontramos con un armado de personas comprometidas con garantizar derechos desde el feminismo y allí nos vimos en la necesidad de sistematizar y dejar un registro de aquella experiencia, que también atraviesa la nuestra como “profesionales militantes”, en términos de Emilio Mignone, buscando “transformar la experiencia subjetiva en saber político” (Rosemberg 1990). Aclarado el posicionamiento y el enfoque elegido, la presente investigación reviste rigor científico, realizando un análisis objetivo de la problemática seleccionada en un lapso temporal determinado bajo metodología científica.

Por otra parte, el diagnóstico de la región, junto con los obstáculos y las resistencias observadas se sistematizan pretendiendo ser, quizás, una herramienta más para la política pública. No es otra la intención de esta parte cuando se pretende marcar los desafíos aún presentes en la problemática.

El presente trabajo se realizó desde nuestro lugar de profesional militante, formada en derechos humanos a partir de la educación pública y como profesional militante del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) desde hace ya más de 8 años, y el enfoque de la presente investigación es un devenir de tal posición subjetiva ya que no resulta posible una disociación en tal sentido.

I.b. Introducción

Esta investigación se terminó de escribir en un momento que consideramos “bisagra”. Recientemente, la Provincia de Buenos Aires adhirió al “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”, acomodándose desde lo reglamentario a las directrices dadas por la Corte Suprema de Justicia hace ya más de 8 años en el caso F;A.L (F;A.L s/medida autosatisfactiva, 2012)¹ para materializar los abortos legales establecidos en el Código Penal Argentino en sintonía con las obligaciones de derechos humanos adquiridas por nuestro país con relación a mujeres y personas con capacidad de gestar.

A pesar de que tal adhesión llega en los momentos finales de la presente no podemos dejar de hacer mención a ello, así como también, debemos mencionar la creación del Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual en el ámbito provincial y las declaraciones del PEN de llevar nuevamente a tratamiento del Congreso Nacional el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo, convirtiéndose en las primeras acciones a nivel institucional que esperamos tenga su correlato en el efectivo acceso a la interrupción legal del embarazo – en adelante ILE- .

El marco temporal de la presente investigación abarca desde diciembre de 2014 hasta la actualidad, tomando como hito el pedido de disculpas realizado por el Estado Argentino en el caso V.D.A (conocido como L.M.R) (V.D.A vs. Argentina, 2011)² y hemos pretendido indagar sobre la actuación de los trabajadores de la salud³ hacia las

1 CSJN, Caso “F;A.L. s/medida autosatisfactiva”, fallos 335:197, 12 de marzo de 2012.

2 ONU. Comité de Derechos Humanos, Caso V. D. A vs. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007. 28 de Abril de 2011.

3 Convencidos que el lenguaje no es neutral, en la presente investigación pretendemos evitar el “sexismo” y por ello fue escrita en lenguaje no binario y sexista.

mujeres y personas con capacidad de gestar que intentan acceder a la interrupción legal del embarazo en el marco del sistema de salud pública en la Región sanitaria N° 11. En tal recorrido, nos hemos encontrado con otros actores de suma relevancia: las Socorristas y la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, quienes han tenido un rol central de un tiempo a estar parte en pos de garantizar derechos.

Hemos partido de dos hipótesis metodológicas. La primera de ellas es que el sistema de causales e indicaciones vigente resulta posibilitante de situaciones de violencia institucional por parte de efectores resistenciales/obstructores. A partir del uso de tal categoría pudimos registrar distintas acciones y omisiones estatales que vulneran los derechos de mujeres y personas con capacidad de gestar que encuentran su correlato en ese margen aún existente.

La segunda de ellas es que, posicionándonos desde la perspectiva pro persona y la perspectiva de género, la interrupción del embarazo es legítima, no siendo posible admitir restricciones que nos posicionan en una posición de poder de abuso y discrecionalidad sobre la salud y vida del otro/a.

A partir de estas hipótesis, en momentos de elaboración del plan de tesis, nos centramos en el análisis del marco de actuación institucional existente, abordando tanto las prácticas vulneratorias de derechos materializadas por parte de ciertos efectores de salud hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar al intentar acceder a ILE bajo la categoría de violencia institucional, así como también, la actuación de efectores de salud amigables. Luego, en el devenir de la investigación, este segundo aspecto tomó aun mayor relevancia, encontrándonos con un telar elaborado entre consejerías en salud sexual y reproductiva, organizaciones feministas, lesbianas y disidentes y profesionales de la salud comprometidas con garantizar derechos, constituyendo un entramado de espacios institucionales pertenecientes al sistema público de salud con la militancia feminista territorial que encontramos que va mucho más allá de lo previsto y reconocido.

Si bien podemos decir que en los años analizados existió cierta respuesta por parte del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires con el dictado de notas técnicas, capacitaciones e intervenciones, en los hechos se ha

desplegado esta red que día a día garantiza que mujeres y personas con capacidad de gestar accedan a sus derechos ante una demanda creciente no cubierta por parte del Estado.

Se trata de múltiples tejedoras, de distintas edades, profesiones, intereses, que vienen entrelazando urdimbres desde hospitales, centros de salud, centros culturales e incluso plazas y han diseñado tramas para superar los obstáculos y la violencia institucional existente y efectivizar el acceso a la interrupción legal del embarazo. Tal es así que en el esquema trazado por la investigación primero se da cuenta de ello y en segundo lugar, se aborda la violencia institucional y los obstáculos existentes por parte de efectores de salud resistentes/obstructores.

A partir de ello, observamos que aún se requiere poder avanzar hacia la despenalización y legalización del aborto temprano ya que nuestro sistema de causales e indicaciones vigente resulta ser el posibilitante de que ciertos efectores de salud resistentes sometan a mujeres y personas con capacidad de gestar a violencia institucional.

Habiendo comprobado nuestra hipótesis de trabajo, pretendemos dejar registro de ese enorme telar construido en la ciudad de La Plata y alrededores como un aporte más en el proceso de legalización y despenalización del aborto en ciernes.

I.c. El estado de situación de la problemática investigada

Con relación al acceso al aborto no punible en Argentina y en América Latina, tomamos los informes del Alan Guttmacher Institute (Institute Guttmacher)⁴ que ofrecen una síntesis de estadísticas sobre la situación del aborto en la región y a su vez, la base de datos sobre el acceso al aborto, elaborada por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI)⁵, pero no hemos hallado registros e investigaciones particularizadas sobre la temática en la Provincia de Buenos Aires, ni en la Región Sanitaria N° 11.

También, hemos revisado el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de La Plata (SEDICI), analizando la totalidad de las tesis de maestría, doctorado y los trabajos de especialización de las Facultades de Ciencias Jurídicas y Sociales, Humanidades y Ciencias de la Educación y Trabajo Social, no hallándose investigaciones en función del objeto seleccionado.

A su vez, en el marco de la Provincia de Buenos Aires, utilizamos el informe –Políticas públicas de salud sexual y reproductiva: análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut”, realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales en el año 2016⁶. A pesar de que el objetivo del mismo fue el análisis de las capacidades institucionales del Programa Nacional en la Provincia, aborda secundariamente la situación respecto de la atención de servicios de abortos legales y post abortos y la salud sexual y reproductiva y su relación con las violencias desde la creación del Programa en el año 2015.

Con relación a la categoría de violencia institucional, tomamos el informe de Amnistía Internacional titulado –La violencia contra las mujeres sigue siendo una pandemia en América Latina y el Caribe” (Amnistía Internacional)⁷, publicado el 7 de marzo de 2016. El informe recoge los patrones regionales de violencia contra las

⁴ Disponibles en <https://www.guttmacher.org/international/abortion>

⁵ Disponible en <http://www.clacaidigital.info>

⁶ Disponible en https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/04/Salud_sexual.pdf

⁷ Disponible en <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/07/3195/violencia-institucional-contra-las-mujeres>

mujeres, tortura u otros malos tratos en los ámbitos de salud sexual y reproductiva en la región a través del análisis de casos paradigmáticos. En particular, sobre violencia institucional en el marco del acceso al aborto, usamos y tomamos como referencia el estudio de naturaleza cualitativa titulado “Violência Institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento” que analizó la percepción de las mujeres internadas con historia de abortamiento sobre la violencia institucional⁸, en un hospital público en Feira de Santana en Brasil, realizado en el año 2007 por Bispo, Clísy Dias Bertino y Souza, Vera Lucia Costa (Bispo, Dias, & Souza, 2007:19-30).

Como puede observarse, si bien existen innumerables informes e investigaciones sobre la situación del aborto en América Latina, no existen investigaciones publicadas en el país ni en la Provincia, y menos aún en la Región Sanitaria N° 11 que focalicen sobre la actuación de los efectores de salud en el marco de garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo a mujeres y personas con capacidad de gestar.

A su vez, indagando acerca de los datos oficiales existentes pertenecientes al Programa de Salud Sexual y Reproductiva, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, nos encontramos con informes de carácter general, que adolecen de innumerables subregistros, que no nos permiten acercarnos con exactitud al tema a investigar.

Tomamos conocimiento en el proceso de investigación que desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir La Plata, Berisso y Ensenada se está comenzando a sistematizar información relativa al acceso a la interrupción legal del embarazo en la región sanitaria, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pero aún tal información no se encuentra disponible para la consulta pública.

Frente a ello, instalado en el debate público, las limitaciones del sistema de causales e indicaciones hoy vigente, consideramos que puede ser un aporte más en el proceso por la legalización del aborto, analizar el cuadro de situación existente en la

⁸ Revista Baiana de Enfermagem. enero / abril de 2007, vol. 21 Número 1, p19-30. 12p.

Región Sanitaria N° 11 de la Provincia de Buenos Aires en función al grado de acceso a los abortos legales.

I.d. Buscamos, conocimos y nos interpelamos

El objetivo de la investigación ha sido analizar la actuación de los efectores de salud hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que intentan acceder a la interrupción legal del embarazo en el marco del sistema de salud pública de la Región Sanitaria N° 11 en la Provincia de Buenos Aires desde una perspectiva de género y derechos humanos.

En tal sentido, consideramos de utilidad mostrar cómo la penalización del aborto posibilita que mujeres y personas con capacidad de gestar padezcan situaciones de violencia institucional por parte de ciertos efectores de salud que aún se resisten al cumplimiento de la norma; pero también, en el proceso de legalización existente, resulta central rescatar las estrategias desplegadas por parte de ciertos efectores del sistema de salud provincial y otros actores para garantizar la práctica, a pesar de innumerables obstáculos, de forma respetuosa con los derechos y autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Para ello, los objetivos específicos que nos han servido de directrices en este recorrido fueron: Examinar el estado de situación existente en materia de acceso al aborto legal en la Región Sanitaria N° 11 de la Provincia de Buenos Aires desde diciembre de 2014 hasta el presente en función del marco normativo vigente; Analizar el sistema de causales o indicaciones vigente en nuestra regulación a la luz del principio pro persona; Indagar acerca de los alcances de la categoría política de violencia institucional y su aplicación al fenómeno bajo análisis; Describir las experiencias atravesadas por las mujeres y personas con capacidad de gestar en el sistema de salud al intentar acceder a la ILE, en el ámbito de la Región Sanitaria N° 11 de la Provincia de Buenos Aires; Examinar las acciones emprendidas por ciertos efectores de salud para obstaculizar la práctica de acceso a ILE hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que podrían constituir violencia institucional y su autopercepción de ello;

Analizar las buenas prácticas y estrategias desplegadas por parte de los efectores de salud amigables para garantizar los abortos legales en la Provincia; e, Indagar sobre los posibilitantes de la violencia institucional en el marco de las limitaciones existentes en la regulación bajo sistema de causales o indicaciones vigente.

Los interrogantes que se encontraron presentes durante la investigación han sido, entre otros, ¿Cómo se logra materializar el acceso a la interrupción legal del embarazo en la Región?; ¿El Estado Provincial desarrolló políticas públicas en función del compromiso asumido en el “caso V. D.A” tendientes a garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo?; ¿Son claras las obligaciones existentes por parte de los efectores de salud en materia de acceso a ILE en Provincia de Buenos Aires?; ¿Los profesionales de la salud conocen el marco normativo vigente?; ¿Son conscientes de que ciertas prácticas obstructivas pueden ser consideradas violencia institucional?; ¿Cuáles son las estrategias desplegadas para poder garantizar los abortos legales?; ¿Qué rol tienen los efectores de salud amigables?; ¿Las barreras y obstáculos existentes en el acceso a ILE son una consecuencia de nuestra legislación con sistema de causales e indicaciones?; ¿Cómo opera la clase social, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, la elección sexual y la identidad de género en el acceso a la práctica?; ¿Resulta útil la categoría de violencia institucional para comprender la denegación del acceso a la práctica?; y por último, ¿Cuáles son los engranajes que deben ser reforzados para garantizar el efectivo acceso a la interrupción legal del embarazo?.

II. Metodología de investigación

La investigación se realizó con sustento en una epistemología feminista y en perspectiva de derechos humanos, anclada en el feminismo. Una epistemología feminista toma al género como central para la producción de conocimiento y reconoce su influencia en todo el proceso de investigación (Ferré, 2004: 505-517) y por su parte, entendemos que los derechos humanos deben ser considerados como una ciencia jurídica autónoma y bregamos por ello. Hago propias las palabras de Salvioli, “*no se puede trabajar en derechos humanos sin ser feminista*” y a su vez, la teoría feminista no puede discutirse sin hacer referencia a la acción (Kathleen Barry, 2007, Teoría del

Feminismo Radical: política de la explotación sexual en Teoría feminista: de la ilustración a la globalización, Madrid, Minerva, 2007. 193).

Para la investigación se utilizó una metodología cuanti-cualitativa, combinando una serie de técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas. La complementación de ambos enfoques es utilizada en el ámbito investigación social, ya que las diferentes técnicas tienen individualmente sus alcances y sus limitaciones. Se realizó una encuesta pero tal técnica fue complementada por las técnicas de la metodología cualitativa que permite valorar la subjetividad, la implicación personal, la sensibilidad a los fenómenos complejos y únicos, el conocimiento contextual, la perspectiva individual y la posibilidad de crear un intercambio de experiencias entre el investigador y el investigado (Sabaté, 1995; Marcus, 1995, Hanson & Pratt, 1995).

Las técnicas para la recolección de datos empleadas fueron:

- **Encuesta autogestionada.** En vista a la recolección de datos en términos generales que permitan tener un panorama sobre cómo se garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo y la identificación de ciertas prácticas bajo la categoría de violencia institucional, utilizamos una encuesta digital autogestionada dirigida a los Hospitales Provinciales de la Región Sanitaria N° 11.

Como toda técnica, la encuesta posee ventajas y también limitaciones. Esta dualidad está presente en todas las herramientas de recolección de datos y por eso es importante, a la hora de encarar una investigación, realizar una reflexión que evalúe su adecuación al problema estudiado (Archenti, Marradi, & Piovani, 2007: 123-145). En función de ello, adoptamos la técnica de encuesta ya que permite acceder a un panorama sobre las principales problemáticas a indagar y facilita la comparación de respuestas brindadas por los distintos efectores, dado que permiten una estandarización y una cuantificación de las respuestas.

Se utilizó el programa LimeSurvey, que es un software libre publicado bajo licencia GPL3 y se optó por un servidor alojado en Alemania, tratándose de un país que cuenta con normativa protectora de datos personales. Esta encuesta podría ser replicada a nivel provincial y nacional por dependencias estatales, utilizando el mismo software, sin tener que abonar una licencia para tener sistematizado el acceso a la práctica, con escasos costos.

Se envió al correo oficial de los directores ejecutivos de los 18 Hospitales provinciales pertenecientes a la región sanitaria 11 que configuran el segundo nivel de atención a la salud. En anexo I se adjunta la encuesta realizada y sus destinatarios. La encuesta se hizo desde un enfoque de garantías de derechos, contando con preguntas cerradas y abiertas para que puedan expresarse y realizar sus observaciones. A pesar de ello, la mayoría se limitaron a contestar por sí o por no, observándose algún tipo de velo que aún ronda sobre la temática bajo tratamiento.

- **Análisis cualitativo de conceptos, actitudes y prácticas** en relación al acceso a la interrupción legal del embarazo en tres grupos: efectores de salud, mujeres y personas con capacidad de gestar en condición de usuarias del sistema de salud, y acompañantes de organizaciones feministas de la región.

- **Historias de vida, que permiten traducir el conocimiento vivido en conocimiento académico (Monk, 2001):** de tres mujeres que se acercaron a distintos efectores de salud de la Región para hacerse la práctica. Tal técnica se realizó a partir de las entrevistas semiestructuradas en profundidad realizadas a tres mujeres que requirieron la práctica en la región durante el lapso temporal analizado.

- **Entrevistas en profundidad semiestructuradas.** La entrevista, “comunicación con finalidad”, “por sobre todo una conversación de a dos” (Minayo, 2016: 162), permite captar la perspectiva del actor, entendida como una versión a interpretar, como un texto a ser construido mediante un proceso de negociación (Teodori, 2015: 77).

Realizamos entrevistas de carácter semiestructurado a tres mujeres que se han acercado al sistema de salud de la región para la realización de una interrupción legal del embarazo, a autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia, en particular del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y de la Dirección de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos de la Provincia de Buenos Aires, a trabajadores de la salud integrantes de las Consejerías en Salud Sexual y reproductiva y de los Hospitales Provinciales del segundo nivel de atención, a miembros de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, a Socorristas y de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

En la elección de las personas a entrevistar, pretendimos mostrar una heterogeneidad en sus disciplinas: trabajadoras sociales, enfermeras, médico/as, ginecólogos/as – obstetras, médicas pediatras, psicólogas, docentes, etc. Así como también pretendimos abordar distintos espacios de pertenencia.

Previo a la realización de cada entrevista, se leyó a les entrevistades en documento de consentimiento informado adjunto como anexo II.

En función del resguardo de su identidad, en atención a que aún la práctica sigue contaminada de la clandestinidad y del estigma (incluso con el resto del equipo de trabajo de los efectores de salud), se quitaron los nombres de pila de les entrevistades. En vista a su identificación y en función de la riqueza del análisis, sólo figura la inicial de su nombre y se hará referencia a la profesión y pertenencia.

En relación a las tres mujeres entrevistadas, constará edad, ocupación, identidad de género, nacionalidad y toda otra referencia personal que pueda ser de interés para su análisis, considerándose que una de preguntas guía de la investigación consistió en ver cómo opera la clase social, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, la elección sexual y la identidad de género en el acceso a la práctica.

Los nombres completos sólo constan en el caso de las funcionarias públicas entrevistadas y de las referentes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir con su autorización en tal sentido.

Durante los meses de agosto a diciembre de 2019 se realizaron las siguientes entrevistas:

E, Abogada especialista en violencia de género, perteneciente a la Dirección de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos de la Provincia de Buenos Aires. También es acompañante y asesora de organizaciones sociales y feministas de la región.

M, trabajadora social del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Ricardo Gutiérrez”, de la ciudad de La Plata. Integrante de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

María Julia Bruno, licenciada en ciencias políticas, Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Graciela Lukin Mutov, médica especializada en ginecología y obstetricia del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

M, socorrista, integrante del Colectivo “Las Bravas” de la ciudad de La Plata y forma parte de la Consejería contra la Violencia Obstétrica de La Plata.

J, trabajadora social del Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros”. Militante feminista e integró la Colectiva Feminista Casa Azucena Villaflor de la ciudad de La Plata.

M, enfermera del Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros”. Integrante de la Colectiva Feminista Casa Azucena Villaflor de la ciudad de La Plata.

A, trabajadora social del Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín” de La Plata.

María Julia Constant, militante feminista de la Colectiva Feminista Casa Azucena Villaflor de la ciudad de La Plata. Referente de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito de la Ciudad de La Plata.

M, médica pediatra, integrante de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir de La Plata, Berisso y Ensenada.

Fernando Daverio, médico gineco- obstetra del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Horacio Cestino” de Ensenada. Integrante de Gestando entre Pares y militante de la Red de Profesionales por el Derecho a decidir de La Plata, Berisso y Ensenada.

Julia Gatica, medica generalista, Directora Ejecutiva del Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros”, de La Plata.

También, como fue anticipado, se entrevistó a tres personas que requirieron el acceso a la práctica en distintas situaciones y con distintas causales en la región durante

el lapso de tiempo investigado, construyendo a partir de la entrevista su historia de vida. Ellas son:

M, de 29 años de edad, enfermera, de nacionalidad paraguaya, madre de dos hijos, soltera, que requirió la práctica en función de la causal violación y su intervención se realizó en el segundo nivel de atención.

P, de 40 años de edad, docente, de nacionalidad argentina, madre de una hija, divorciada, que realizó un aborto medicamentoso con la intervención de las Socorristas.

N, de 37 años de edad, odontóloga, de nacionalidad argentina, casada, que realizó la práctica utilizando misoprostol y luego, debió recurrir al sistema de salud para completar la intervención.

Pretendimos recuperar las voces de todes les entrevistades, dando cuenta de lo importante y performativo que resulta poner en palabras lo vivido. Hemos utilizado textuales para poder conservar el alcance de lo verbalizado, así como también hemos pretendido dejar reflejado los gestos y las distintas expresiones de les entrevistades en aquellos encuentros.

- **Análisis de documentos:** de las instituciones y organismos públicos y de las organizaciones de la sociedad civil, así como de bibliografía y normativa relacionados con la temática de investigación. Se analizaron las resoluciones del Ministerio de Salud y en particular, las notas técnicas y los documentos técnicos emitidos por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, así como también las distintas ediciones del Protocolo para la atención de las Personas con derecho a la interrupción legal del embarazo en vigencia durante el lapso de tiempo analizado. Se examinaron los fallos caso F;A.L (F;A.L s/medida autosatisfactiva, 2012)⁹ y (V.D.A vs. Argentina, 2011)¹⁰.

También, se realizaron tres pedidos de acceso a la información pública al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires para actualizar los datos oficiales de carácter público. A su vez, se tomaron los informes realizados por otras

⁹ CSJN, Caso "F;A.L. s/medida autosatisfactiva", fallos 335:197, 12 de marzo de 2012.

¹⁰ ONU. Comité de Derechos Humanos, Caso V. D. A vs. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007. 28 de Abril de 2011.

organizaciones no gubernamentales con trayectoria en la temática al Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, obrantes en anexo III.

Por otro lado, se han consultado informes de organizaciones feministas y de derechos humanos, las publicaciones en sitios webs de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir y Socorristas en Red, entre otras. Así como también, Se han consultado artículos periodísticos de medios de comunicación de alcance internacional, nacional y regional.

Con respecto a la técnica de procesamiento de la información obtenida de los documentos y entrevistas se utilizara el análisis de discurso (ACD). También se utilizará la sistematización en matrices de datos cualitativas con los procedimientos de saturación teórica y método comparativo constante (Glasser & Strauss, 1967).

Localización

Si bien el ámbito espacial de la investigación pretendió abocarse a la Región Sanitaria N° 11 que comprende los hospitales provinciales de las siguientes ciudades: Pila, Dolores, Tordillo, Castelli, General Belgrano, Chascomús, Punta Indio, Monte, General Paz, Brandsen, Berisso, La Plata, Ensenada, San Vicente, Cañuelas, Presidente Perón y Magdalena. Se focalizó en el segundo nivel de atención a la salud que corresponde al Estado provincial, pero que, en los hechos, se articula cotidianamente con el primer nivel de atención que comprende los centros de salud municipales.

A partir de lo que fue surgiendo en el propio proceso de investigación, al encontrarnos con la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir y el armado existente para garantizar derechos configurado, el análisis ha tomado centralmente como marco de referencia, en particular, La Plata, Berisso y Ensenada. El diagnóstico, como podrá observarse a lo largo de la investigación, es muy distinto en comparación con otras ciudades de la región, donde la Red no se encuentra presente.

Pretendimos obtener información del resto de los distritos de la región utilizando la encuesta autoadministrada y el diagnóstico realizado por informes oficiales del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y lo informado, mediante las entrevistas realizadas a la coordinadora, miembros del equipo del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria,

Entornos Saludables y No Violentos, así como también de lo expuesto por el resto de los entrevistados.

Con relación a la encuesta autoadministrada, la mayoría de los efectores del segundo nivel de atención de las ciudades de Pila, Dolores, Tordillo, Castelli, General Belgrano, Punta Indio, Monte, General Paz, Ensenada, San Vicente, Cañuelas y Magdalena a quienes se dirigió la encuesta, no contestaron a pesar de ser reiterada en tres oportunidades. La falta de respuesta creemos que resulta un indicador de, al menos, la ausencia de reconocimiento de la problemática como un ámbito de su actuación. Ello luego ha sido corroborado por el resto de las fuentes analizadas.

De esta manera, pudimos saber que las consejerías en salud sexual y reproductiva se encuentran en La Plata, Berisso y Ensenada y en proceso de consejerías en Brandsen y Chascomús, sin existir en el resto de las ciudades que componen la región.

En tal sentido, a partir de la información obtenida, hemos observado que la demanda por el acceso a la práctica de interrupción legal del embarazo se concentra en La Plata, Berisso y Ensenada, llegando mujeres y personas con capacidad de gestar del resto de las ciudades que componen la región sanitaria.

Oportunidad

Se utilizará en la presente investigación la información obtenida a partir de reuniones con autoridades del Ministerio de Salud, del Consejo Asesor Provincial, así como también de los relevamientos y las contestaciones a los pedidos de acceso a la información pública como abogada del área de Litigio y defensa legal del Centro de Estudios Legales y Sociales abocada a la agenda en derechos sexuales y reproductivos, contando con el aval de la institución para el uso de tales datos con fines académicos.

Todas las tareas se realizarán observando el cumplimiento de los procedimientos previstos por el conjunto legal normativo en los niveles nacional y provincial, para asegurar el respeto de los derechos humanos, en particular el deber de confidencialidad y el secreto profesional que debe regir en la esfera del acceso a la salud. El desarrollo del proyecto se ceñirá a lo prescripto por las declaraciones y normas de carácter constitucional, la legislación Nacional, leyes, decretos, resoluciones y disposiciones

emanados de las jurisdicciones nacional o provincial, que resultaran aplicables. Se prestará especial atención a lo normado por la Ley Nacional 25.326 de "Protección de datos personales", su decreto reglamentario y restantes complementarias. Los datos serán sometidos a procedimientos de disociación, de acuerdo a lo previsto en el texto de la norma citada, con motivo de evitar que la información pueda asociarse a una persona determinada o determinable.

Segunda parte: El aborto legal como lucha del feminismo y cuestión de derechos humanos

III. El Aborto legal, como lucha del feminismo y cuestión de derechos humanos

Nuestro primer pilar teórico surge de entender que el aborto legal es producto de la lucha del feminismo comprometido con la conquista del aborto voluntario, que ha logrado desestabilizar los sentidos restrictivos ligados a esta práctica en la búsqueda del control de los cuerpos de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

El feminismo *“es una tipología discursiva que tiene fecha de nacimiento y su propia tradición teórica... es una tradición de pensamiento político, con tres siglos a la espalda, que surge en el mismo momento en que la idea de igualdad y su relación con la ciudadanía se plantean por primera vez”* (Valcárcel 1997: 89). Siguiendo a la autora, *“para que nosotras podamos ocupar ha sido necesaria una masa de pensamiento y acción que tiene tres siglos a la espalda”*, pretendemos reconocer esas tradiciones de lucha, desde lo teórico y lo práctico, que tanto nos han contado. Como dice Bellucci, *–Independiente de lo que apunten la iglesia, los gobiernos, el parlamento, la corporación médica y jurídica, las mujeres implantamos nuestra propia decisión de abortar como una gesta de desobediencia frente al mandato compulsivo de la maternidad”* (Bellucci 2014:294), instalado por el régimen político heterosexual.

Ello es así teniendo en cuenta que para *“comprender la legalización del aborto rebasa los planos jurídicos, su argumentación se sitúa en los propios fundamentos filosóficos de existencia del Estado y de la división sexual del trabajo. De esta forma, las mujeres consideras trasgresoras, anormales o delincuentes por proceder a realizar un acto considerado punible, como el aborto, cruzan la facultad exclusiva del Estado, su capacidad de dar muerte o vida a la población. Estas mujeres desafían el pacto tácito que la comunidad le ha conferido al Estado como el único con derecho de hacer vivir y dejar morir”* (Foucault, 2006:321).

Desde la década del 60 a esta parte, el aborto se ha configurado en el eje de la lucha por la liberación de las mujeres, a nivel mundial y en el país de la mano de las activistas feministas y militantes políticas que entendieron que *–no hay revolución sin liberación de la mujer”*. Convergen en tal reclamo todas las tendencias del feminismo.

Así en Argentina, con idas y vueltas, producto de las vicisitudes políticas y sociales, a partir de 1986, fecha en la cual se realizó el Primer Encuentro Nacional de Mujeres, el aborto legal ha ido tomando un lugar en la agenda pública. *–Desde que terminó la dictadura, el movimiento de mujeres y feminista tuvo presencia y participación en el espacio público. Muchas de las protagonistas de aquellos años retomaron las bases de lo que la dictadura había interrumpido: organizaciones incipientes, de distinto tamaño, como la Unión Feminista Argentina (UFA) y el Movimiento Feminista Argentino (MLF), que eran independientes de organizaciones partidarias y tenían vínculo con el Frente de Liberación Homosexual, y las expresiones feministas más ligadas a partidos, como el grupo Muchacha o el Centro de Estudios Sociales de la Mujer Argentina” (CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS) 2019: 303).*

Con grandes obstáculos, nos hemos ido instalando en el justo reclamo de *–Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir”, llegando a la gran marea verde que tuvo lugar en el año 2018. Un hito a tomar en cuenta para que ello fuera posible fue, en 2015, la movilización masiva –Ni una menos” que “significó un acontecimiento histórico, que dio volumen político, social y cultural a la denuncia de las violencias machistas naturalizadas. El feminismo de las jóvenes, sub-18, así como el de las miles de mujeres que no habían sido interpeladas antes por el feminismo, tiene en esa fecha una referencia vital. Todos los feminismos confluyeron en 2018 en la demanda de décadas: aborto legal ya” (CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS) 2019: 305).*

Luego, nuestro segundo eje es entender el acceso al aborto legal como una cuestión de derechos humanos, donde se ponen en juego centralmente los derechos a la vida, al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la seguridad personal, a la libertad, a la información, a una vida libre de violencia, a no ser sometida a trato cruel, inhumano y degradante, a decidir el número y espaciamiento de los hijos, a gozar de los beneficios del progreso científico, a la libertad religiosa y de conciencia y a la intimidad y privacidad de las mujeres y personas con capacidad de gestar, afectándose, a su vez, los derechos a la igualdad y no discriminación.

Como sostuvo ya en el 2004 Argibay ~~la~~ mujer (y personas con capacidad de gestar) tiene la necesidad y el derecho a decidir sobre su propio cuerpo” – REVISTA 23, 2 de enero de 2004. Cook refería hace ya 15 años que ~~a~~ *lo largo de la última década se han observado cambios importantes en el consenso internacional sobre el vínculo entre el acceso al aborto y el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres*” (Cook, 2005:412), hoy ya existe enorme consenso de que el acceso al aborto es sin dudas una cuestión de derechos humanos. A pesar de que no está nominado expresamente en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con excepción del Protocolo de la Carta Africana sobre los Derechos Humanos de los Pueblos en materia en Derechos de las Mujeres en África¹¹, el derecho internacional de los derechos humanos apoya el derecho de las mujeres embarazadas a decidir autónomamente en cuestiones relacionadas al aborto, en función de la relación del acceso a la práctica con los derechos humanos enunciados previamente, tal es el caso de la practica y jurisprudencia de los órganos y comités internacionales en el marco de la ONU.

Como sostiene Bergallo, las discusiones sobre el aborto han experimentado en los últimos tiempos un proceso de legalización creciente, en el cual el derecho ha adquirido un nuevo rol (Bergallo, 2018). Ello se puede ver en la interpretación del sistema de causales o indicaciones vigente en evolución, partiendo de *que “la judicialización del debate refleja también un mayor consenso sobre el derecho, entendido éste como práctica argumentativa abriendo un abanico de opciones regulatorias que no permiten presentar maniqueamente el debate como si sólo fuera posible estar a favor o en contra del aborto”* (Bergallo, Interpretando derechos: La otra legalización del aborto en América Latina, 2016: 246). De esta manera, es posible utilizar los conceptos de protección incremental y examen de proporcionalidad como un nuevo marco ~~no~~ *sólo para discutir la criminalización, sino también para interpretar los sistemas de permisos o supuestos de abortos no punibles vigentes en la mayoría de los países americanos*” (Abramovich, 2016:11).

Entendemos que es precisamente a partir de la confluencia de ambos pilares de la lucha feminista y de los derechos humanos, que se producen la transformación social

¹¹ Adoptado por la Unión Africana en 2003. El instrumento contempla la interrupción legal del embarazo sólo para casos determinados.

– esa marea verde - que tiene lugar en nuestra región y en nuestro país en los últimos años. Las mujeres y personas con capacidad de gestar conocen y exigen sus derechos, los trabajadores de la salud se encuentran comprometidos en promover su ejercicio y exigen, junto a la sociedad civil, que el Estado garantice la práctica.

IV. Nuestras premisas guía

IV.a. La perspectiva de género

La perspectiva de género, en referencia al marco teórico adoptado en la investigación y sugerido a la hora de planificar políticas públicas, implica: a) reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones cis como grupo social y discriminatorias de las mujeres, lesbianas, varones trans, no binaries y demás diversidades, b) que esas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas, y c) que atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales como las de clase, edad, religión, etc. en función de la interseccionalidad.

En 1999, Facio sostenía que *–Hacer un análisis de un texto o contexto desde la perspectiva de género significa, primero que nada tener conciencia de que las mujeres por su sexo, ocupan un lugar subordinado en nuestra sociedad y que el hombre/varón por su sexo ocupa un lugar privilegiado”* (Facio Montejo 1999:147). Pero hoy va más allá de eso. No es un método enfocado en las mujeres, sino un enfoque que permite ver a las personas en su diversidad subjetiva, de contextos y realidades, reconociendo su autonomía.

La perspectiva de género se posiciona desde una concepción epistemológica que se aproxima a la realidad desde las miradas de los géneros y sus relaciones de poder, y se configura no como un tema a agregar más sino, *–que las relaciones de desigualdad entre los géneros tienen sus efectos de producción y reproducción de la discriminación, adquiriendo expresiones concretas en todos los ámbitos de la cultura: el trabajo, la*

familia, la política, las organizaciones, el arte, las empresas, a salud, la ciencia, la sexualidad, la historia” (Barrancos, y otros 2007: 643).

Entre las potencialidades de la perspectiva podemos encontrar que ~~no~~ sólo deconstruye esta falsa dicotomía basada en los cuerpos de las personas y sus consecuencias”, sino que también nos permite visibilizar la asignación social diferenciada de roles y tareas en virtud del sexo, género o preferencia/orientación sexual, revela las diferencias en oportunidades y derechos que siguen a esta asignación; evidencia las relaciones de poder originadas en estas diferencias. A su vez, *“Se hace cargo de la vinculación que existe entre las cuestiones de género, la raza, la religión, la edad, las creencias políticas, etc.; pregunta por los impactos diferenciados de las leyes y políticas públicas basadas en estas asignaciones, diferencias y relaciones de poder, y determina en qué casos un trato diferenciado es arbitrario y en qué casos necesario”* (Suprema Corte de Justicia de la Nación de México 2015).

Recordemos que el concepto de género emerge con la famosa frase de Simone de Beauvoir *“No se nace mujer, se llega a hacerlo”* (De Beauvoir, 1949), el cual es recogido por Rubín, quien introduce la categoría del sistema sexo-genero (Rubin, 1986 - publicación original 1975). Posteriormente, fue desarrollado por Joan Scott entendiéndolo tanto como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos como, asimismo, una forma primaria de relaciones significantes de poder. En tal sentido, se desarrolla el concepto de género a partir de 4 dimensiones, a saber: 1) lo simbólico, 2) la dimensión conceptual normativa, 3) nociones políticas, instituciones y organizaciones sociales y 4) la dimensión subjetiva (Scott, 1986). En tal sentido, según Lamas (M. Lamas 1999), si bien aparece en 1949 en *“El segundo sexo”*, sólo comienza a circular en las ciencias sociales y en el discurso feminista con un significado propio y una acepción específica a partir de los setenta y en los ochenta y noventa, adquiere consistencia y comienza a tener impacto en América Latina.

Pero el concepto adquiere otro alcance a partir del desarrollo realizado por Judith Butler, quien lo sacó fuera de aquella categoría binaria, estableciendo que cuando hablamos de género estamos hablando de relaciones de poder, partiendo de la teoría

Foucaultiana (Butler, 2007 publicación original en inglés en 1999) y que en todo caso, el género es performativo, fundando así la teoría queer.

Otra definición de suma importancia a considerar es la de Facio, quien afirma que el género *–hace referencia a la dicotomía sexual que es impuesta socialmente a través de roles y estereotipos, que hacen aparecer a los sexos como diametralmente opuestos. Es así que a partir de una exagerada importancia que se da a las diferencias biológicas reales, se construyen roles para cada sexo. Pero aun las características con que se define a uno y otro sexo gozan de distinto valor y legitiman la subordinación del sexo femenino, subordinación que no es dada por la naturaleza. Es decir, mientras que el concepto de “sexo” podría afirmarse que es fisiológico, el de género es una construcción social”* (Facio Montejó, 1999:132).

En aditamento, se utilizó la concepción de *–tecnología del género”* que establece que el género no implica una propiedad de los cuerpos o algo que preexiste en los seres humanos sino, que es un *–conjunto de efectos producidos en los cuerpos, comportamientos y relaciones sociales”* (De Lauretis, 1989). En ese sentido, el género tiene más relación con su constante construcción social que con el pretendido fundamento de las diferencias sexuales. Tal definición propone analizar al género ya no a partir de una diferencia entre los cuerpos sino de sus significaciones sociales y el papel de las *–tecnologías políticas del cuerpo”*, siguiendo a Foucault, en la reproducción de ciertas prácticas y sus modos de racionalización que diferenciarían a los seres humanos. En función de adoptar un enfoque respetuoso de las disidencias sexuales, nos enfocamos no sólo en las mujeres sino en toda persona con capacidad de gestar, resultando tal nominación respetuosa de la diversidad de género.

Hoy la perspectiva de género está integrada a la perspectiva pro persona, debiendo convertirse en guía rectora de la actuación estatal, constituyéndose en un concepto marco para el análisis en la presente investigación.

IV.b. La interseccionalidad

El concepto de interseccionalidad fue creado por Sojourner Truth en 1851 y, desarrollado por Kimberlé Crenshaw, 130 años después, en la Conferencia Mundial

contra el Racismo en Sudáfrica en 2001. La interseccionalidad refiere a los procesos complejos, irreducibles, variados y variables que en cada contexto derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos (Crenshaw, 2001).

De esta manera, el concepto se ha convertido en la expresión utilizada para designar la perspectiva teórica y metodológica que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder (Viveros Bigoya, 2016). Nos permite un análisis que se perfilará a revelar las variadas identidades, exponer los diferentes tipos de discriminación y desventajas que se dan como consecuencia de la combinación de identidades.

Busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres, tomando la incidencia de los contextos históricos, sociales y políticos, así como también de las experiencias vitales únicas que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad. De esta manera, *“ayuda a visualizar cómo convergen distintos tipos de discriminación: en términos de intersección o de superposición de identidades. Más aún, nos ayuda a entender y a establecer el impacto de dicha convergencia en situaciones de oportunidades y acceso a derechos, y a ver cómo las políticas, los programas, los servicios y las leyes que inciden sobre un aspecto de nuestras vidas están inexorablemente vinculadas a los demás”* (Association for Women’s Rights in Development (AWID) 2004:26).

Tal es así, que el Comité CEDAW, en su Recomendación General N° 28 (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 2010:18. Párr.18), refiere que es un concepto esencial para comprender los alcances de la discriminación y las obligaciones generales de los Estados, refiriendo que *“la discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género”*.

Durante la investigación, hemos indagado sobre la incidencia de las categorías clase social, género, nacionalidad, edad, orientación sexual, entre otras, en el acceso a la

interrupción legal del embarazo. Frente a ello, nos encontramos, por ejemplo, con la violencia institucional sufrida por los varones trans al pretender acceder a la práctica que llevo a que en el Hospital Cestino de Ensenada se cree un área particular. También, los obstáculos que atraviesan las mujeres, pertenecientes a la comunidad paraguaya que trabajan en las quintas, para poder realizar la ILE, conforme nos fue informado por las trabajadoras del Hospital Interzonal “José Ingenieros” de Melchor Romero, La Plata o bien, las dificultades de las adolescentes para poder dar cuenta de lo sucedido y acceder durante el primer trimestre a la realización de la práctica.

De esta manera, nos ha interpelado y exigido pasar del análisis unitario del género a un enfoque que ha de integrar desigualdades múltiples que incluyen la condición migratoria, la clase social, el color de piel, la discapacidad, ser LGBTIQ, ser trans o inter, entre otras cuestiones que se tendrán en cuenta a la hora de analizar las relaciones de poder existente en el marco de la atención dentro del sistema de salud a las personas que intentan acceder a la interrupción legal del embarazo.

IV.c. La Perspectiva pro persona

La perspectiva pro persona es un método de interpretación hermenéutico que nace a partir del derecho internacional de la persona humana, sus normas jurídicas y la producción de las mismas, que es múltiple y diversa. Resulta clave para entender el ejercicio de la política pública en general y particularmente, para abordar el alcance de los derechos humanos que se encuentran gravitando en el marco de la problemática analizada.

En tal sentido, siguiendo a Salvioli *“la perspectiva pro persona constituye una herramienta útil para el examen hermenéutico de situaciones de derechos humanos desde una mirada integral, lo cual permite a quienes analizan y aplican los instrumentos internacionales, interpretar las normas y resolver los asuntos en concordancia con los fines que poseen las disposiciones jurídicas de tutela de los derechos fundamentales de mujeres y hombres”* (Salvioli, 2013:65).

Es un método de trabajo para garantizar el acceso a derechos, y en la actualidad, sirve para enfrentar los grandes retos que tienen los derechos humanos por delante en función de la gran cantidad de amenazas existentes *—por factores políticos, ideológicos y religiosos que pretenden hacer retroceder esta extraordinaria conquista jurídica de la humanidad—*, siendo el primer gran reto *—llevar los derechos humanos a la práctica... que no haya que pedir permiso ni explicar la obligación de garantía de parte del poder público, puesto que los derechos humanos son la única y valedera razón de Estado—* (Salvioli 2019:121) (el resaltado es propio).

Nos direcciona a garantizar derechos en materia de política pública, cuestión para lo cual no hay opción para los poderes del Estado, los espacios privados que incluyen funciones públicas y las relaciones entre los particulares en relación a la debida diligencia.

En tal sentido, *—cumplir con la obligación de garantizar los derechos humanos no es una opción de los Estados, sino un deber—* (Salvioli 2019:123). E involucra a todas las personas que ejercen su función en el Estado. En el marco de la investigación, varios de los trabajadores de la salud entrevistados nos relataban que ellos/as se encontraban entre quienes garantizaban derechos, pero que ello no era una generalidad ya que aún en los hospitales y centros de salud públicos hay muchas personas antiderechos. Y a pesar de que, es conocido por las autoridades del Ministerio de Salud, como nos informaba la abogada de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria y Entornos Saludables y No violentos, se los evita pero no se los sanciona.

Esta perspectiva nos señala que si las personas que trabajan en el Estado no ejercen su función en perspectiva de derechos humanos se deben ir a otro lado. Siguiendo a Salvioli (F. Salvioli 2018), *—es la misión del Estado, y la misión del Estado es laica. La libertad religiosa es un derecho fundamental pero el ejercicio de la función pública es laica y si no comprende esto no puede formar parte de las estructuras de la función pública del Estado—*.

Se constituye a partir de una serie de elementos que se encuentran insertos en una estructura dinámica, donde se incorporan nuevos o bien, los existentes se reconfiguran y toman otro alcance. En palabras de Salvioli, *“se nutre de elementos diversos que son cada uno de ellos de desarrollo progresivo, así como cabe advertir*

que pueden aparecer nuevos elementos con el paso del tiempo, cuando se visibilice la necesidad de ello frente a situaciones que no reciben el abordaje adecuado en materia de garantía de derechos” (Salvioli 2019:124).

Hoy, los nueve elementos que constituyen la perspectiva pro persona son el principio pro persona, el principio teleológico relativo al objeto y fin del instrumento normativo, el principio de buena fe, el principio de efecto útil, el principio de desarrollo progresivo, los principios de interdependencia e indivisibilidad, el principio de fertilización cruzada y el principio de postulados particulares o miradas diferenciadas.

El primero consiste en elegir entre las normas existentes para abordar una situación aquella que garantice más derechos y cuando se trata de limitar derechos, la interpretación más restringida. –Es la salvaguarda más grande que tenemos contra el poder. Es el concepto más neurálgico de los derechos humanos; la barrera para que el Estado no avasalle los derechos que las personas tienen (...)” (Salvioli 2019:126). El segundo elemento es el teleológico que requiere que hagamos una interpretación finalista que considere el objeto y fin de la norma en el momento de su aplicación, no de su sanción. El objeto y fin debe prevalecer incluso al texto de la norma ya que lo que debe guiarnos es el objetivo de la misma.

El tercer elemento es el principio de buena fe que requiere que el Estado cumpla de buena fe las obligaciones asumidas. El cuarto es el de efecto útil, es decir, que la decisión produzca los resultados apropiados y viene de la mano de la aplicación de principios de equidad por quienes deben resolver la situación. Debe llevar a tomar medidas efectivas y prácticas, se mide por resultados. En tal sentido, refiere Salvioli *–si un órgano esta creado para proveer a un servicio de salud, quienes lo integren tendrán que considerar cual es el mecanismo por el cual, efectivamente, se garantiza el derecho a la salud a las personas amparadas en régimen establecido” (Salvioli 2019:124).* En nuestro marco legal, se encuentra contemplado el acceso al aborto legal en distintas circunstancias y ello debe ser garantizado por los efectores de salud tanto públicos como privados.

El quinto elemento es el principio de la fertilización cruzada que implica tener en cuenta los desarrollos sobre el derecho de parte de los distintos órganos y pronunciamientos existentes. Hoy, existen, el Comité de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, el Comité CEDAW, múltiples relatorías temáticas, así como también organismos jurisdiccionales como la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, entre otros, cuya producción debe ser tenida en cuenta a la hora de decidir. Este principio también incide en la necesidad de que se trabaje en política pública desde un enfoque interdisciplinario. Las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, a las que haremos referencia en los siguientes capítulos, se constituyeron y tomaron un modo de intervención interdisciplinario para garantizar el acceso a los derechos de mujeres y personas con capacidad de gestar.

El sexto elemento son los principios de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, que importan y deben ser respetados todos, no hay derechos de primera y de segunda. *“Fundamentales son todos, y el Estado los tienen que garantizar a todos (...) todos los derechos hacen al proyecto de vida de las personas, y el Estado esta para proteger y viabilizar el ejercicio de derechos”* (Salvioli 2019:125). En función de ello, a la hora de analizar la problemática escogida hicimos un examen integral de los derechos que se encuentran en torno a la misma, así como también analizamos como se condicionan y repercuten entre sí.

Por su particular incidencia sobre el tema investigado, abordaremos el acceso a la interrupción legal del embarazo tomando como marco los derechos a la vida, al disfrute del más alto nivel posible de salud, a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes y el derecho a la privacidad, autonomía y dignidad interpretando su alcance en función de los elementos ya señalados. Para ello, se tendrá en consideración que tales elementos *“se ubican en una serie de principios y postulados que, lejos de ser estáticos, son profundamente dinámicos y se encuentran en constante expansión, fenómeno que se desarrolla conforme la evolución que experimenta progresivamente el derecho internacional de la persona humana”* (Salvioli, 2013:66).

El séptimo elemento es la universalidad y el principio de no discriminación. El principio de no discriminación es de orden público internacional y hoy comprende la nacionalidad, la expresión de género, la edad, el sexo, el idioma, la religión, la expresión cultural, la opinión política, la clase social, la condición migratoria, la discapacidad, la elección sexual, entre otras. En particular, en el acceso al aborto legal

en condiciones seguras, se encuentra muy presente este principio ya que al no poder acceder en condiciones dignas a los servicios de salud, se discrimina principalmente a mujeres y personas con capacidad de gestar, quienes al transitar embarazos no deseados, se ven expuestas a riesgos en la salud que no experimentan los hombres.

El octavo elemento se refiere al principio de desarrollo progresivo y la no regresividad que resulta transversal a los dos elementos anteriormente analizados. Debemos considerar que *“Las interpretaciones de derechos deben ser novedosas y deben tender siempre a la ampliación de derechos”* (Salvioli, 2019:126).

El último de los elementos es el de los postulados particulares o miradas diferenciadas. Este principio comprende la perspectiva de género y el análisis de interseccionalidad que fueron desarrollados en los acápites anteriores. Hay otros enfoques particulares a ser tomados en cuenta como: los ajustes razonables, el diseño universal, la accesibilidad, la autonomía para la toma de decisiones, la evolución del concepto de discapacidad, o el enfoque cultural, el consentimiento previo libre e informado, la cosmovisión en torno a cuestiones de pueblos indígenas, el interés superior, deberes especiales en función de maduración, reglas específicas de tutela, el principio de envejecimiento activo y saludable. Lejos de excluirse entre sí, se retroalimentan.

Todos los elementos que hemos explicitado constituyen la perspectiva pro persona. No es posible pensar en términos de política pública sin esta perspectiva. La presente investigación estuvo enfocada en todo momento por ella. Así, a la hora de construir la encuesta autoadministrada y las entrevistas, al analizar nuestra normativa vigente en relación al acceso legal y observar los comportamientos de los trabajadores de la salud hemos tomado tal perspectiva.

Tal perspectiva nos sirvió de brújula para valorar el estado de acceso a la interrupción legal del embarazo en la región en función de las obligaciones asumidas por el Estado en la materia y para poder marcar, desde nuestro humilde lugar, cuales son los futuros desafíos para el efectivo acceso a la práctica.

IV.d. La interpretación de los derechos involucrados en función de las perspectivas explicitadas

IV.d. 1. El derecho a la vida

El derecho a la vida está reconocido por el derecho internacional como un derecho fundamental, consagrado en varios tratados internacionales y regionales. La Convención Americana sobre Derechos Humanos estipula en su artículo 4(1): *“Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”*. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece en su artículo 6(1) que *“el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”*. El artículo 6(1) de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) dispone que *“los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida”*.

Ahora bien, cuál es el alcance actual de tal derecho conforme la interpretación de los órganos internacionales de protección desde una perspectiva pro persona. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha notado que la expresión *‘el derecho a la vida es inherente a la persona humana’* no puede entenderse de manera restrictiva (Comité de Derechos Humanos, 1982, párr. 5)¹², y en tal sentido, dispuso que la protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas para proteger el derecho de todos, incluidos los derechos de la mujer a vivir una vida digna.

Con posterioridad, el Comité de Derechos Humanos, en particular, se refirió al alcance de este derecho en relación a la interrupción legal del embarazo en el marco de la Observación General N° 36¹³ (Comité de Derechos Humanos, 2017, párr. 9). En su párrafo noveno estableció *“...Aunque los Estados partes pueden adoptar medidas destinadas a reglamentar la interrupción del embarazo, dichas medidas no deben resultar en la vulneración del derecho a la vida de la mujer embarazada o de sus otros derechos en virtud del Pacto, como la prohibición de los tratos o penas crueles,*

¹²Comité de Derechos Humanos, –Observación General No. 6, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 6 – Derecho a la vida,” UN Doc HRI/GEN/1/Rev.7, 1982, párrafo 5.

¹³ Comité de Derechos Humanos, –Observación General No. 36, sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida”, CCPR/C/GC/R.36/Rev.7, 3 a 28 de julio de 2017. Párr. 9.

inhumanos o degradantes. Por lo tanto, todas las restricciones jurídicas que limiten la capacidad de las mujeres para someterse a un aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro sus vidas ni exponerlas a dolores o sufrimientos físicos o psíquicos por cuanto ello supondría una vulneración del artículo 7 del Pacto. Los Estados partes deben facilitar un acceso seguro al aborto para proteger la vida y la salud de las mujeres embarazadas, y en las situaciones en que llevar a término el embarazo causaría a la mujer graves dolores o sufrimientos, sobre todo en los casos en que el embarazo es producto de violación o incesto, o el feto presenta una anomalía grave... ”. Luego, continúa explicitando que “**...Los Estados partes no deben regular el embarazo ni el aborto de manera contraria a su deber de velar por que las mujeres no tengan que recurrir a abortos peligrosos. [Por ejemplo, no deben adoptar medidas como penalizar los embarazos de las mujeres solteras, ni aplicar sanciones penales a las mujeres que se someten a un aborto o a los médicos que las asisten para hacerlo, cuando se prevea que la adopción de esas medidas va a suponer un aumento significativo de los abortos peligrosos.] ...**”, ni tampoco “**...deben establecer requisitos excesivamente onerosos o humillantes para las mujeres que deseen someterse a un aborto. La obligación de proteger la vida de las mujeres contra los riesgos para la salud relacionados con los abortos peligrosos exige que los Estados partes garanticen a mujeres y hombres, y en particular a los adolescentes, acceso a información y educación sobre las opciones reproductivas y a toda una serie de métodos anticonceptivos...**” (El resaltado es nuestro).

En Argentina, durante los últimos 30 años, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa de mortalidad materna y han representado un tercio del total de esas muertes (Ministerio de Salud, 2009)¹⁴. En 2009, se estimó que más de 100 mujeres morían al año por causas relacionadas a abortos sépticos¹⁵. Las estadísticas del quinquenio 2007-2011 muestran que 23% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros (Marcela, A, & Ramos, 2013: 235). En la actualidad, el aborto continúa siendo la principal causa de mortalidad materna en más de la mitad de las provincias del país¹⁶.

14 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales, Información básica 2009, Buenos Aires, 2009.

15 Ibid.

16Romero M, Abalos A, Ramos S. La situación de la mortalidad materna, op. cit.

En tal sentido, el Comité sobre los derechos de los Niños de Naciones Unidas en el examen del tercer y cuarto Informe Periódico sobre el país, instó a la Argentina a que *–adopte medidas urgentes para reducir la mortalidad materna relacionadas con el aborto, en particular velando por que la profesión médica conozca y practique el aborto no punible, especialmente en el caso de las niñas y mujeres víctimas de violación, sin intervención de los tribunales y a petición de ellas*¹⁷, lo que fue reiterado durante el año 2018.

Tanto el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW en adelante) han manifestado en repetidas ocasiones su inquietud en torno a la relación existente entre las leyes que penalizan el aborto, los abortos clandestinos y el peligro para la vida de las mujeres¹⁸. Ambos Comités han recomendado evaluar o enmendar las normas legales que sancionan o coartan el aborto.

Asimismo, en varias de las observaciones finales sobre países, el Comité CEDAW expresó su preocupación por la interrelación entre los altos niveles de mortalidad materna y la penalización del aborto, explicando en algunos casos que estas muertes maternas prevenibles indican que el Estado Parte no está respetando plenamente el derecho a la vida de las mujeres¹⁹. En 2014, el Comité CEDAW manifestó que *“el aborto inseguro es una causa principal de mortalidad y morbilidad materna. Como tal, los Estados partes deben legalizar el aborto, al menos en los casos de violación, incesto, amenazas a la vida y / o la salud de la madre, o malformación fetal grave, así como proporcionar a las mujeres acceso a servicios de atención post-aborto de calidad, en especial en los casos de complicaciones derivadas de abortos inseguros. Los Estados Partes deberían también eliminar las medidas punitivas para*

17CRC/C/ARG/CO/3-4, 21 de junio de 2010.

18 Véase, por ejemplo, Comité de Derechos Humanos, *–Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Bolivia,*” CCPR/C/79/Add. 74, 5 de mayo de 1997, párrafo 22; y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *–Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer. Observaciones finales del Examen del sexto informe periódico de Nicaragua,*” UN Doc. CEDAW/C/NIC/CO/6, 2 de febrero del 2007, párrafos 17-18.

19 Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, *–Informe del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer,*” UN Doc. A/54/38/Rev. 1, julio del 1999, parte 2, párrafo 56 (observando con respecto a Belice; Preocupa al Comité... las leyes restrictivas del aborto vigentes en el Estado Parte... En este sentido, el Comité observa que la mortalidad materna causada por abortos clandestinos puede indicar que el Gobierno no está cumpliendo plenamente su obligación de respetar el derecho a la vida de sus súbditas”.); y Comité CEDAW *–Informe Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer,*” UN Doc. A/53/38/Rev. 1, julio del 1998, parte I, párrafo 337 (observando sobre la República Dominicana: *–El Comité expresa profunda preocupación por la alta tasa de mortalidad derivada de la maternidad causada, según se indica en el informe, por toxemia, hemorragias durante el alumbramiento y abortos clandestinos; el Comité observa también que la toxemia puede ser causada por abortos inducidos. La alta tasa de mortalidad derivada de la maternidad, en conjunción con el hecho de que el aborto en la República Dominicana es absolutamente ilegal en todas las circunstancias, es motivo de gran preocupación para al Comité y de reflexión sobre las consecuencias de esa situación para el disfrute por la mujer del derecho a la vida.*”).

las mujeres que se practican abortos. Los Estados Partes deberían organizar más servicios de salud para que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida el acceso efectivo a servicios de salud reproductiva, incluido el aborto y la atención post-aborto” (Comité CEDAW 2014, párr. 56).

Por su parte, la Corte IDH se pronunció a favor del derecho a la vida de las mujeres en el caso de una mujer salvadoreña que enfrentaba problemas graves de salud que podían derivar en complicaciones médicas e incluso la muerte debido a su estado de embarazo. En este caso, la Corte IDH dictó medidas provisionales en las que ordenó a las autoridades de El Salvador a proporcionar el tratamiento médico necesario para proteger la vida y la salud de la mujer, lo que implicaba la interrupción del embarazo de acuerdo con lo que habían recomendado los profesionales médicos de ese país²⁰.

Como señaló Fabián Salvioli en el debate en comisiones de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el día 22 de mayo de 2018²¹, *“nadie está a favor del aborto, son curiosamente los países que tienen la interrupción voluntaria de embarazo los que menos abortos tienen... — Ahora bien, el argumento más comúnmente esgrimido por los sectores que intentan restringir el acceso a los abortos no punibles o se oponen a la despenalización del aborto temprano, es que el embrión es titular del derecho a la vida, manifestando que la protección al derecho a la vida de la CADH constituye un mandato a los Estados Partes a prohibir el aborto, dado que el art 4.1 de dicha Convención protege la vida —en general, a partir del momento de la concepción”*.

La pretensión de que dicha disposición implicaría la obligación de proteger a la *“vida por nacer”* y por ende prohibir el aborto ha sido descartada en 1981 por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el caso *“Baby Boy”*²² y en 2012 por la Corte IDH en el caso *“Artavia Murillo y Otros c. Costa Rica”*²³. La Corte IDH, a través de una detallada argumentación y utilizando diferentes sistemas interpretativos, aclaró que la finalidad del artículo 4.1 de la CADH es la de salvaguardar el derecho a la

20 Corte IDH, Medidas Provisionales respecto de El Salvador, de fecha 29 de mayo de 2013.

²¹ Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=MlfBhle3tws>

²² CIDH, Resolución N° 23/81, caso 2141 (*“Baby Boy”*). Este caso se había originado en una petición, promovida en 1977 por un grupo antiabortista, contra Estados Unidos y contra el estado de Massachusetts. La demanda cuestionó un aborto realizado en 1973 (luego de la legalización del aborto en Estados Unidos) por un médico en la ciudad de Boston a una joven de 17 años con el consentimiento de ésta y de su madre. Los demandantes alegaron que la permisón del aborto había violado los derechos a la vida, la igualdad y la salud del embrión.

²³ Corte IDH, Caso Artavia Murillo y Otros (Fecundación in vitro) vs. Costa Rica, sentencia de fecha 28 noviembre de 2012.

vida sin que ello implique la negación de otros derechos que protege la Convención. En ese sentido, interpretó que la cláusula “en general” tiene como objeto y fin el permitir que, ante un conflicto de derechos, sea posible invocar excepciones a la protección del derecho a la vida desde la concepción. En otras palabras, el objeto y fin del artículo 4.1 de la Convención es concebir el derecho a la vida no como un derecho absoluto, cuya alegada protección pueda justificar la negación total de otros derechos²⁴. En los términos de la Corte IDH: “de las palabras ‘en general’ se desprende *que la protección del derecho a la vida (prenatal) con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo (del embrión)*, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general”²⁵. La Corte IDH reconoció que no hay consenso en el mundo sobre el inicio de la vida humana, puesto que tiene que ver con consideraciones morales, religiosas, filosóficas además de científicas. Así, señaló la existencia de quienes consideran que un óvulo fecundado es vida humana confiriéndole ciertas características metafísicas al mismo. Sin embargo, la Corte concluyó que estas concepciones no pueden justificar que se otorgue prevalencia legal a esta idea “porque ello implicaría imponer un tipo de creencias específicas a otras personas que no las comparten”²⁶.

Con relación a la expresión “toda persona”, la Corte IDH refirió que es utilizada en numerosos artículos de la CADH y de la Declaración Americana, pero aclara que el análisis del conjunto de estos artículos no permite sostener que un embrión sea titular y ejerza los derechos consagrados en cada uno de dichos artículos. Asimismo, teniendo en cuenta que la concepción sólo ocurre dentro del cuerpo de la mujer, la Corte concluyó que el objeto directo de protección del artículo 4.1 de la Convención es fundamentalmente la mujer embarazada, dado que la defensa del no nacido se realiza esencialmente a través de la protección de la mujer. Esto también se desprende del artículo 15.3.a del Protocolo de San Salvador, que obliga a los Estados Parte a “conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto”, y del artículo VII de la Declaración Americana, que consagra el

24 Corte IDH, caso “Artavia Murillo”, op. cit., párr. 258.

25 Corte IDH, caso “Artavia Murillo”, op. cit., párr. 264. El destacado nos pertenece.

26 Corte IDH, caso “Artavia Murillo”, op. cit., párr. 185.

derecho de una mujer en estado de gravidez a protección, cuidados y ayudas especiales²⁷.

La Corte IDH también analizó las normas del sistema universal de derechos humanos que consagran el derecho a la vida para concluir que éstas no incluyen al embrión como persona a efectos de su protección. Así, la Corte señaló que la expresión “ser humano”, utilizada en el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (en adelante, DUDH), de acuerdo con los trabajos preparatorios, no fue entendida en el sentido de incluir al no nacido. Asimismo, indicó que los trabajos preparatorios del artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en adelante, PIDCP) indican que los Estados no pretendían tratar al no nacido como persona y otorgarle el mismo nivel de protección que a las personas nacidas. Igualmente, manifestó que las decisiones del Comité de Derechos Humanos permiten afirmar que del PIDCP no se deriva una protección absoluta de la vida prenatal o del embrión. Por el contrario, en sus observaciones finales a los informes de los Estados, el Comité de Derechos Humanos ha señalado que se viola el derecho a la vida de la madre cuando las leyes que restringen el acceso al aborto obligan a la mujer a recurrir al aborto inseguro, exponiéndola a morir.

Respecto a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, la Corte IDH señaló que los informes del Comité CEDAW dejan en claro que los principios fundamentales de igualdad y no discriminación exigen privilegiar los derechos de la mujer embarazada sobre el interés de proteger la vida en formación. Por último, la Corte IDH afirmó que artículos 1 y 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño *no se refieren de manera explícita a la protección del no nacido. El Preámbulo hace referencia a la necesidad de brindar ‘protección y cuidado especiales [...] antes [...] del nacimiento’*. Sin embargo, los trabajos preparatorios indican que esta frase no tuvo la intención de hacer extensivo al no nacido lo dispuesto en la Convención, en especial el derecho a la vida²⁸. Idéntica interpretación de las normas referidas fue tomada por nuestra CSJN en el caso *–F., A.L.*²⁹.

27 Corte IDH, caso “Artavia Murillo”, op. cit. párr. 222.

28 Corte IDH, “Caso Artavia Murillo”, op. cit., parágs. 224 y ss.

29 CSJN, caso “F., A.L. s/medida autosatisfactiva”, fallos 335:197, 12 de marzo de 2012.

Luego, el encuadre de tal derecho en relación a la interrupción legal del embarazo se encuentra dado en función de la Observación General N° 22 del Comité DESC que es desarrollado en extenso a continuación y la Observación General N° 36 del Comité de Derechos Humanos ya citada.

IV.d.2. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud se encuentra reconocido en varios instrumentos internacionales. Luego de que en 1946 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (En adelante la OMS) consagrara –el disfrute del más alto nivel posible de salud” como un derecho fundamental, diversos instrumentos internacionales de derechos humanos la han reconocido en similares términos.

La Declaración Universal de Derechos Humanos que, en su artículo 25, establece que: *“toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*. Por su parte, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre prevé en su artículo XI que: *“toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce en su artículo 12.1 *“...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* y el Protocolo Adicional a la CADH en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales habitualmente denominado –Protocolo de San Salvador” en su artículo 10 prevé que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público...”*.

De manera coherente con lo que postula la OMS³⁰, la salud comprende el bienestar físico, mental y social que puede alcanzar el ser humano y constituye un derecho que el Estado está obligado a garantizar. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Naciones Unidas en su Observación General N° 14, expresó que el *“más alto nivel posible de salud física y mental”* no se limita al derecho a la atención de la salud, sino a una gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones que determinan una vida sana, incluida la salud sexual y reproductiva. Así, se interpreta el derecho a la salud *“como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como...acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”* (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000).

Posteriormente, en marzo de 2016 el Comité DESC aprobó su Observación General N° 22 referida específicamente al derecho a la salud sexual y reproductiva. Sostiene el Comité que la salud sexual y reproductiva constituye una parte integral fundamental del derecho general de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental garantizado en el artículo 12 del PIDESC (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000).

Asimismo el Comité reafirma la interdependencia de los derechos reconocidos en el PIDESC, señalando que *“el derecho a la salud sexual y reproductiva es también indivisible e interdependiente respecto a otros derechos humanos [...] Por ejemplo, la falta de servicios obstétricos de emergencia o la negación del aborto a menudo conduce a mortalidad y morbilidad materna, lo que a su vez constituye violaciones al derecho a la vida o a la seguridad, y en ciertas circunstancias puede equivaler a tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes”* (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2016).

Siguiendo al Comité DESC, podemos decir que los principales elementos del derecho a la salud son la disponibilidad, que incluye centros de salud, equipos de salud, medicamentos esenciales, servicios preventivos de salud pública, entre otras cosas, la

³⁰La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (Organización Panamericana de la Salud: Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En *Documentos Básicos, Documento oficial n° 240*, Washington, 1991, p. 23).

accesibilidad que implica accesibilidad física y económica y de información en condiciones de no discriminación, la aceptabilidad, comprensiva del respeto a la ética médica, diferencias culturales y la perspectiva de género, y por último, la calidad que abarca la calidad de procedimientos, establecimientos, abastecimiento y medicinas.

A su vez, es medular considerar que, frente a este derecho, los Estados deben adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos disponibles para lograr su plena efectividad, en función del principio de cumplimiento progresivo establecido en el artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Respecto de las obligaciones estatales derivadas del reconocimiento del derecho a la salud, la CEDAW también establece en su artículo 12(1) que *“Los Estados Partes 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(2)(b) que los Estados asegurarán la eliminación de la discriminación contra la mujer rural, a través de 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”*. Por su parte, el artículo 24(2)(d) de la Convención sobre los Derechos del Niño nota que los Estados Partes deben tomar las medidas adecuadas para *“asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”* como parte de sus obligaciones relacionadas con el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Finalmente, el Protocolo de San Salvador estipula en su artículo 10(1): *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”*

Siguiendo a Cabrera, abordar la cuestión del acceso al aborto sólo desde los derechos civiles y políticos resulta insuficiente ya que *“ayuda a eliminar las barreras legales, pero no las fácticas, que son las más difíciles”* (Cabrera, 2015). En tal sentido, esta investigación plantea el acceso al aborto legal siguiendo la concepción integral del derecho a la salud desarrollada. En esta línea, el Comité DESC en su Observación General N° 14 explica que el derecho a la salud engloba tanto libertades como derechos,

y que *“entre la libertad figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva... En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”* (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000).

El mismo Comité ha recomendado a los Estados suprimir las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva y a adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000).

La Recomendación General N° 24 del Comité CEDAW sobre la mujer y la salud, por su parte, certifica la obligación de los Estados Partes de respetar el acceso de la mujer a los servicios médicos y de abstenerse de *“poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud”* (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 1999). El Comité CEDAW explica que *“el acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza...con...obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a la mujeres que se someten a dichas intervenciones”* (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 1999).

En tanto el aborto es una intervención médica que solamente necesitan las mujeres, se ha recomendado a los Estados Partes que *“en la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”*³¹.

En el sistema interamericano, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *“Artavia Murillo”* estableció que *“la decisión de ser o no ser madre o padre es parte del derecho a la vida privada”* y que dicho derecho se relaciona con el derecho a

31 CEDAW, Recomendación general No. 24, párr. 31(c).

la autonomía reproductiva y junto con el derecho a la integridad física, se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud y estableció que la *“falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”*³².

Por último, resulta de importancia señalar que el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha subrayado la importancia de que las mujeres reciban del Estado una atención sanitaria en pie de igualdad como parte de su derecho a la salud, lo cual, implica el acceso a bienes, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva, independientemente de la condición jurídica del aborto³³. Refirió que su *“atención debe ser incondicional, aun cuando el aborto conlleve sanciones penales (...) y en ningún caso podrá utilizarse como prueba contra ella ni contra quienes hayan practicado el aborto”*³⁴.

A su vez, entendemos como parte integrante de este derecho el acceso a medicinas esenciales, siendo el misoprostol precisamente una *“medicina esencial”* para la salud sexual y reproductiva. Ha sido clasificada como tal en el listado de medicamentos esenciales para la salud confeccionado por la Organización Mundial de la Salud. Según la OMS, *“se consideran esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costoeficacia comparativa. Se pretende que, en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad.”* (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2019).

En el marco de la Observación General N°22 del Comité DESC ya citada se reiteró la obligación estatal de proveer de manera gratuita los medicamentos y servicios necesarios para el ejercicio de este derecho a los sectores más vulnerables y de asegurar que el acceso al resto de la población a un costo adecuado que no resulte excesivo.

32Corte IDH, caso Artavia Murillo y otros Vs. Costa Rica, sentencia del 28 de noviembre de 2012, párr. 143 a 148.

33ONU, Relator Salud, op. cit., párr. 30.

34ONU, Relator Salud, op. cit., párr. 30.

Señala la Observación General que las obligaciones básicas son, al menos, las siguientes: “c) *Garantizar el acceso universal y equitativo a servicios, bienes y establecimientos asequibles, aceptables y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para las mujeres y los grupos desfavorecidos y marginados;* e) *Adoptar medidas para prevenir los abortos en condiciones de riesgo y prestar asistencia y ayuda psicológica con posterioridad a los abortos a quienes lo necesiten;* g) *Proporcionar medicamentos, equipo y tecnologías esenciales para la salud sexual y reproductiva, en particular sobre la base de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS*” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2016).

Luego, el Comité destaca la necesidad de que los Estados adopten medidas legislativas y de políticas públicas destinadas a prevenir abortos inseguros, como elemento fundamental para la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad materna. Establece *—A fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas se necesita [...] medidas de prevención de los abortos en condiciones de riesgo. La prevención de los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo requiere que los Estados adopten medidas legales y de políticas para garantizar a todas las personas el acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces y una educación integral sobre la sexualidad, en particular para los adolescentes; liberalicen las leyes restrictivas del aborto; garanticen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y asistencia de calidad posterior a casos de aborto, especialmente capacitando a los proveedores de servicios de salud; y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva*”.³⁵

Por otra parte, en el mismo sentido se ha manifestado, entre otros, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, en su informe temático de 2013 relativo al acceso a los medicamentos. En dicha ocasión señalaba que: *“Durante las consultas, se plantearon preocupaciones en relación con el hecho de que hubiese Estados que no incluyesen ciertos medicamentos esenciales de la Lista de la OMS debido a consideraciones políticas, culturales y jurídicas, especialmente en el caso de los medicamentos para la salud mental, los cuidados paliativos, la dependencia de las drogas y la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, la obtención de píldoras*

³⁵ Comité DESC, OG 22. Párrafo 28.

abortivas de carácter médico, como Mifepristone y Misoprostol, aunque están incluidas en la Lista de la OMS, tropieza con restricciones culturales y legales en muchos Estados, lo que limita el acceso de la mujer a la salud sexual y reproductiva. [...] El Relator Especial recuerda que el acceso de los grupos vulnerables y marginados a los medicamentos esenciales no debe verse obstaculizado por consideraciones políticas, jurídicas ni culturales. Los Estados deben adoptar medidas para garantizar que esos medicamentos queden incluidos en sus listas nacionales de medicamentos esenciales y resulten disponibles y accesibles para tales grupos” (Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho de Toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Anand Grover 2013). En razón de ello, exhorta a los Estados a que “Velen por que el acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de la salud mental, la dependencia de las drogas, la salud sexual y reproductiva y los cuidados paliativos se base exclusivamente en necesidades de salud y en pruebas y no se restrinja por consideraciones ajenas a la salud” (Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho de Toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Anand Grover 2013). En la presente investigación hemos ubicado la falta de misoprostol como una barrera para el acceso de suma importancia que constituye violencia institucional por parte del Estado.

IV.d.3. El derecho a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes

El derecho a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes está protegido tanto por el derecho consuetudinario internacional como por varios tratados internacionales y regionales de derechos humanos. El artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. El artículo 5(2) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece: “Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.

En el desarrollo de los organismos de aplicación de tales instrumentos se ha establecido que la restricción a servicios de salud sexual y reproductiva, así como la

atención médica prestada en estos contextos, pueden constituir tortura o malos tratos. Así, el Comité de Derechos Humanos ha indicado que el artículo 7 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos puede resultar comprometido cuando el aborto está penalizado. En su Observación General 28 sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, el Comité dijo que el derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes puede extrañarse —cuando los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos” (Comité de Derechos Humanos 2000). En el caso V.D.A (o L.M.R), que se toma como hito en el presente proyecto, el Comité consideró que la omisión del Estado en proveer los servicios de aborto seguro en este caso, que estaba permitido por ley, causó a la víctima sufrimiento moral y físico, configurándose una violación al artículo 7 del PIDCP (Comité de Derechos Humanos 28 de Abril de 2011).

Por su parte, el Comité contra la Tortura, que vela por la implementación de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en 2004 expresó su preocupación, sobre los efectos adversos de la penalización del aborto en la relación entre el personal médico y las mujeres que recurren a los hospitales para atención post-aborto en Chile, —.por ...[e]l hecho de que, según se informó, se condicione la atención médica a las mujeres cuya vida está en peligro por las complicaciones derivadas de abortos clandestinos, a que las mismas proporcionen información sobre quienes practicaron dichos abortos. Esas confesiones se utilizarán posteriormente en causas instruidas contra ellas y terceras partes, contraviniendo así lo preceptuado por la Convención”³⁶.

En diciembre de 2013, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes de Naciones Unidas, en su informe³⁷ se centró en los abusos que tienen lugar en los entornos de salud y que pueden constituir trato cruel, inhumano y degradante. Respecto del alcance de las obligaciones estatales de prevenir la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes, el Relator destacó que "los Estados Partes deben prohibir, impedir y castigar los actos de tortura y los malos tratos en todas las situaciones de privación o de limitación de libertad, por ejemplo, en las

³⁶Comité contra la Tortura, Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura sobre Chile, UN Doc. CAT/C/CR/32/5, 14 de junio de 2004, párrafo 6(j).

³⁷ Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, del 1 de febrero de 2013, párrafos. 50 y 90. A/HRC/22/53

cárceles, los hospitales, las escuelas, las instituciones que atienden a niños, personas de edad, enfermos mentales o personas con discapacidades, así como durante el servicio militar y en otras instituciones y situaciones en que la pasividad del Estado propicia y aumenta el riesgo de daños causados por particulares"38.

En particular, el Relator señaló la relevancia de atender a los casos de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes que ocurren en contextos de atención de salud, especialmente en el caso de mujeres, en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva. En este sentido, expuso que "los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género. Ejemplos de esas violaciones son el maltrato y la humillación en entornos institucionales; las esterilizaciones involuntarias; la denegación del acceso a servicios autorizados de salud como el aborto y la atención post aborto; las esterilizaciones y abortos forzosos; la mutilación genital femenina; las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, como las denuncias de mujeres presentadas por personal médico cuando hay pruebas de la realización de abortos ilegales; y la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto"39.

Para finalizar, en su informe el Relator Especial recuerda que el Comité contra la Tortura organismo de supervisión del cumplimiento de la Convención Contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas- ha expresado reiteradamente su preocupación por el hecho de que las restricciones en el acceso al aborto y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo conculcan la prohibición de la tortura y los malos tratos. Asimismo, en numerosas ocasiones, los órganos de las Naciones Unidas han expresado su preocupación al denegarse o restringirse el acceso a los cuidados posteriores al aborto a menudo con fines inaceptables como imponer un castigo u obtener una confesión40.

³⁸ Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, del 1 de febrero de 2013, A/HRC/22/53. Up. cit. Párrafo 23.

³⁹ Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, del 1 de febrero de 2013, A/HRC/22/53. Up. cit. Párrafo 46.

⁴⁰ Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, del 1 de febrero de 2013, A/HRC/22/53. Up. cit. Párrafo 50. Véase informe del Comité

IV.d.4. El derecho a la privacidad, autonomía y dignidad

El derecho a la privacidad se encuentra garantizado por varios tratados en materia de derechos humanos, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula: “(1) Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación. (2) Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques”. Por su parte, el artículo 11 de la CADH establece que: “(2) Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación. (3) Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques”.

En cuanto a su interpretación y aplicación, la Corte IDH, en el caso –Artavia Murillo” analizó el alcance del derecho a la privacidad consagrado en el artículo 11 de la CADH y consideró que “[l]a protección a la vida privada abarca una serie de factores relacionados con la dignidad del individuo, incluyendo, por ejemplo, la capacidad para desarrollar la propia personalidad y aspiraciones, determinar su propia identidad y definir sus propias relaciones personales. El concepto de vida privada engloba aspectos de la identidad física y social, incluyendo el derecho a la autonomía personal, desarrollo personal y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos y con el mundo exterior”⁴¹.

El Comité CEDAW indicó en su Recomendación General N°21 de 1994 que “las obligaciones de la mujer de tener hijos y criarlos afectan sus derechos a la educación, al empleo y a otras actividades referentes a su desarrollo personal, además de imponerle una carga de trabajo injusta. El número y espaciamiento de los hijos repercuten de forma análoga en su vida y también afectan su salud física y mental, así como la de sus hijos. Por estas razones, la mujer tiene derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos que tiene”, siendo en ocasiones la practica la única forma de

contra la Tortura respecto del Perú CAT/C/PER/CO/4 (párrafo 23) de 2006 y de Chile CAT/C/CR/32/5 (párrafo 7.m) de 2004, así como el Informe de 2011 del Relator Especial de Naciones Unidas sobre “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, A/66/254 (párrafo 30)

41 Corte IDH, caso –Artavia Murillo”, op. cit., par. 143.

la mujer para ejercer su derecho a decidir (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 1994).

En el caso V.D.A (L.M.R), que tomamos como hito en la investigación, el Comité de Derechos Humanos consideró vulnerado el derecho a la vida privada de L.M.R al judicializarse e impedirse el acceso a un supuesto de aborto no punible. Concretamente, consideró que "*...el Estado parte no solo interfirió con una decisión sobre su vida reproductiva amparada legalmente, sino que además intervino de manera arbitraria en la vida privada de L.M.R., tomando por ella una decisión sobre su vida y salud reproductiva...*", concluyendo por ello que "*...los hechos constituyeron una injerencia arbitraria en la vida privada de L.M.R...*"⁴².

El derecho a la privacidad tiene su correlato en el deber de confidencialidad del profesional de la salud. El deber de confidencialidad obliga a las y los profesionales de la salud que recibieron información confidencial directamente de boca de sus pacientes o en su examen médico, a aquellos que conocieron la información a través de otros profesionales que participaron en el tratamiento de las y los pacientes, incluso realizando funciones administrativas, como así también a aquellos profesionales que recibieron información sin el consentimiento expreso de las y los pacientes (Cavallo, 2011).

La divulgación no autorizada de información médica relacionada con el aborto por parte de los profesionales de la salud es violatorio del marco normativo vigente. En el plano nacional, en el año 1966, la Cámara Nacional Criminal y Correccional, en el Plenario –Natividad Frías⁴³”, manifestó que el conocimiento sobre la realización de un aborto que un médico obtiene en el marco de la asistencia médica a una mujer debe encuadrarse dentro de la tutela del secreto profesional previsto en el artículo 177 CPPN. Esta línea jurisprudencial fue reafirmada por la Corte Suprema de Justicia en la causa –Baldivieso, César Alejandro”⁴⁴. Específicamente con relación al aborto, la Cámara de Casación sostuvo que “*Aceptar que la detección de abortos consumados sea justa causa para relevar al profesional de la salud del deber de guardar secreto, implica valorar la persecución penal por encima de la salud y la vida no solamente de la mujer*

42 Comité de Derechos Humanos, CCPR/C/101/D/1608/2007. Comunicación N° 1608/2007, Argentina, 28 de abril de 2011. Par. 3.9 y 9.3

43 Cámara Nacional Criminal y Correccional, –Natividad Frías”. Plenario 26/08/1966. JA 1966-V-69.

44CSJN, caso –Baldivieso, César Alejandro”, del 20/04/2010. AR/JUR/7491/2010.

*que asiste al hospital para paliar una infección potencialmente mortal, sino -en general- de la confianza de la población en que recibirán un trato digno y respetuoso por parte de los servicios médicos.*⁴⁵

En el mismo sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su decisión en el caso *De la Cruz Flores v. Perú*⁴⁶ entendió que el Estado había violado sus obligaciones internacionales fundadas en la Convención Americana de Derechos Humanos al perseguir penalmente a profesionales de la salud que se habían negado a denunciar a sus pacientes. La Corte sostuvo en el caso que *la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión se encuentra privilegiada por el secreto profesional. Por ejemplo, el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial dispone que -el médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente*⁴⁷. El DIDH también se ha expedido respecto de las leyes o prácticas que imponen a los efectores de la salud informar sobre casos de aborto. En su Observación General 28 sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, el Comité de Derechos Humanos notó que un *“ámbito en que puede ocurrir que los Estados no respeten la vida privada de la mujer guarda relación con sus funciones reproductivas, como ocurre, por ejemplo... cuando los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos”* (Comité de Derechos Humanos 2000).

Por último, en su Recomendación General 24 sobre la mujer y la salud, el Comité CEDAW expone su preocupación por el vínculo entre el cumplimiento del derecho a la privacidad en materia de salud, el aborto, y la salud de las mujeres: *“La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia*

⁴⁵ Cámara de Casación Penal, Sala II, -Á., G. Y. s/recurso de casación”, 13 de julio de 2012.

⁴⁶ Corte IDH, Caso *De La Cruz Flores Vs Perú*”. Sentencia de 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas)

⁴⁷ Corte IDH, Caso *De La Cruz Flores Vs Perú*”. Sentencia de 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 97

sexual o física” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 1999).

IV. d. 5. Derecho a una vida libre de violencias

El derecho a una vida libre de violencia ha sido consagrado en la “Convención Americana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer” (también conocida como “Convención de Belém Do Pará” –CBDP-) ⁴⁸. Esta Convención ha sido ratificada por nuestro país y en consecuencia, se adoptó un amplio marco protectorio que incluye la Ley Nacional 26.485 de “Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que se Desarrollen sus Relaciones Interpersonales”.

Para entender los alcances de las causales establecidas para el acceso a la interrupción legal del embarazo, se debe tomar la definición de violencia sexual entendida como “*cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, **incluyendo la violación dentro del matrimonio** o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia*” (el resaltado es nuestro). El énfasis colocado en el texto legal con relación a la violación en el marco del matrimonio se debe a que en el ámbito privado es donde resulta más generalizado y a su vez, invisibilizada la comisión de este delito y ello, como se verá más adelante, es otro de los obstáculos existentes por parte de los efectores de salud que se niegan a reconocer el derecho a la ILE frente a tales circunstancias.

La preocupación por esta problemática quedó reflejada en el Examen del Sexto Informe Periódico sobre Argentina del Comité CEDAW ⁴⁹ del año 2010, en el que este organismo hizo hincapié en las violaciones que se configuran dentro del matrimonio, y en tal sentido exhortó al Estado a que “*implante un sistema que aliente a las mujeres a denunciar los incidentes de ese tipo y a que establezca un conjunto de indicadores para*

⁴⁸Adoptada y abierta a la firma y ratificación o adhesión por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en su Vigésimo Cuarto Período de Sesiones, del 9 de junio de 1994. Aprobada por Ley 24.632. Ratificada el 5 de julio de 1996.

⁴⁹CEDAW/C/ARG/CO/6, 16 de agosto de 2010, Párr. 24.

evaluar las tendencias por lo que se refiere a la presentación de denuncias de este delito y su incidencia".

Los embarazos no deseados como consecuencia de la violencia sexual son embarazos forzados y ante ello, todas las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a interrumpir un embarazo producto de una relación sexual no consentida, conforme al artículo 86 del Código Penal. La realización de tal práctica, inclusive, se encuentra dentro de las medidas de rehabilitación del derecho a la reparación integral.

Con relación a este punto, en el marco del ya citado fallo “F.,A.L”, la Corte Suprema de Justicia de la Nación manifestó “...que cuando el legislador ha despenalizado y en esa medida autorizado la práctica de un aborto, es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurran las circunstancias que habilitan un aborto no punible, de poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura...”. Ello también fue contenido en la recomendación efectuada por el Comité de Expertas/os del MESECVI (Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém Dó Pará (MESECVI) 2014) a los Estados miembros de la “Convención de Belém Do Pará” al exhortarlos a “eliminar de los ordenamientos jurídicos las leyes que perpetúan el ejercicio de la violencia contra mujeres, niñas y adolescentes, así como garantizar que no se reproduzcan conductas de maltrato e humillación en entornos institucionales, y que el personal de salud no las revictimice, no deniegue su acceso a los servicios de salud y asegure el acceso a la información sobre la salud reproductiva. Además, recomendó garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida por medio de la eliminación del aborto inseguro y el acceso inmediato a métodos anticonceptivos económicos”.

El referido Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), también, ha recomendado a los Estados Parte “garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida, eliminando el aborto inseguro y estableciendo leyes y políticas públicas que permitan la interrupción del embarazo en, por lo menos, los

siguientes casos: (i) cuando la vida o salud de la mujer esté en peligro, (ii) cuando exista inviabilidad del feto de sobrevivir, y (iii) en los casos de violencia sexual, incesto e inseminación forzada” (Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém Dó Pará (MESECVI) 2014). Es decir, la protección del derecho a la vida de las mujeres no sólo no es incompatible con el reconocimiento del derecho al aborto, sino que por el contrario, el reconocimiento de este derecho es un requisito indispensable para asegurar la debida protección de la vida de las mujeres, niñas y adolescentes.

Para concluir, recordemos que en el caso L.M.R (V.D.A vs. Argentina, 2011)⁵⁰, que será desarrollado más adelante, el Comité de Derechos Humanos estableció que la omisión del Estado de proveer los servicios de aborto seguro le generó sufrimiento moral y físico, exhortando al país a indemnizar a la joven y adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones similares en el futuro. A pesar de tal compromiso, como veremos, aún se sigue denegando el acceso a la práctica configurándose múltiples violencias hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que la requieren.

50 ONU. Comité de Derechos Humanos, Caso V. D. A vs. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007. 28 de Abril de 2011.

Tercera parte: Obligaciones del Estado Nacional y Provincial con relación al acceso a la ILE

V. Análisis del marco regulatorio del acceso a la interrupción legal del embarazo

En aditamento a los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, desarrollados en el capítulo anterior, que forman parte de nuestro plexo normativo por imperio del artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, a su vez existe normativa nacional y provincial, así como regulaciones del Ministerio de Salud de la Provincia que complementan el alcance de los derechos involucrados.

En el presente capítulo desarrollamos el marco regulatorio con relación al acceso a la práctica de interrupción legal del embarazo, tomando como referencia el sistema de causales establecido en el Código Penal Argentino y lo expuesto por la Corte Suprema en el Fallo F;A.L.

También se analizó la normativa nacional y provincial, incluyendo las notas y documentos técnicos elaborados por el Programa Provincial de Salud y el Protocolo de Atención para las Personas con Derecho a Acceder a la Interrupción Legal del Embarazo (Ministerio de Salud de la Nación 2019, 2º Edición).

A su vez, hemos sumado un acápite relativo a la discusión sobre federalismo y acceso a la salud y en tal sentido, sobre el alcance de las obligaciones del estado provincial, así como también, las que le corresponden al Estado Nacional, que entendemos que gravitan directamente sobre la problemática analizada.

Por último, se abordó el caso LMR (V.D.A vs. Argentina, 2011) en tanto configura una referencia central de la investigación.

V.a. El artículo 86 del Código Penal

La regulación jurídica del aborto puede emplear o no el derecho penal. Se habla de cuatro modelos de regulación del aborto en el mundo. El primero de ellos es el ~~–~~“modelo de criminalización total” que penaliza el aborto en todos los supuestos; el segundo es el ~~–~~“modelo de causales o indicaciones” que despenaliza cuando concurren

ciertos supuestos que es el adoptado por nuestro país; el tercero es el “modelo de plazos” que despenaliza en función del factor tiempo, generalmente sólo durante el primer trimestre; y el cuarto es el “modelo mixto” que combina el modelo de causales con el factor temporal. Por fuera de estos modelos, se recurre a normas sanitarias específicas o reglamentarias del ejercicio de la medicina.

Nuestro Código Penal adscribió al modelo de causales o indicaciones desde 1921. El artículo 86 establece en su segundo párrafo: *“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:*

1º. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;

2º. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.”

A su vez, como estructura complementaria nos encontraremos con protocolos o regulaciones destinadas a los trabajadores de la salud, o más precisamente, a los y las médico/as.

De esta forma, históricamente, este modelo de causales e indicaciones ha colocado en poder de ello/as la decisión de si corresponde a la mujer y persona con capacidad de gestar realizarse la practica en el sistema de salud o bien debe ser perseguida penalmente por ello.

Este tipo de regulaciones basadas en los médicos les permiten gran discrecionalidad en la interpretación de cada uno de los supuestos y posibilitan situaciones de violencia institucional al denegar y obstaculizar el acceso a derechos.

Según Ramón Michell y Cavallo, *“como estructura complementaria al derecho penal, encontramos las regulaciones basadas en los médicos. En el modelo de causales su presencia es patente. Por ejemplo, cuando las leyes conceden la permisibilidad del aborto con relación al riesgo o a la salud, otorgan a los médicos una amplia discreción para decidir si se cumple la excepción a la criminalización”* (Ramón Michel y Cavallo s.f.:37). Y así veremos que sucede en nuestra región.

De hecho hasta el año 2002 con la aparición del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el acceso a la práctica en el sistema de salud no se encontraba ni siquiera reconocido. Siguiendo a Bergallo, *“durante la mayor parte del siglo veinte, las excepciones del artículo 86 a la penalización del aborto parecen no haber implicado la disponibilidad de servicios de aborto legal en los sistemas de salud del país. La falta de evidencia y registros en este sentido, permite presumir que durante sus primeros noventa años de vigencia, el modelo de indicaciones funcionó, en la práctica, como un conjunto de excepciones solo en el papel”* (Bergallo, Paola 2014:487). Después de la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, se comienza a exigir la realización de la práctica en el sistema de salud como un derecho. De esta manera, *“entre 2005 y 2012, los tribunales provinciales se convirtieron en el escenario para la aplicación del artículo 86 del Código Penal. Una revisión sistemática de la jurisprudencia y los trabajos doctrinarios publicados en los tres principales diarios jurídicos del país (La Ley, El Derecho y Jurisprudencia Argentina), y de la cobertura en los diarios nacionales (La Nación, Clarín y Página12) y en los diarios provinciales (El Día y La Voz del Interior) entre 2005 y 2012 muestra el incremento gradual de una serie de casos en los que mujeres de distintas edades llegaron a los tribunales en busca de abortos previstos en el artículo 86”* (Bergallo, Paola 2014:487).

Luego de innumerables discusiones y resistencias en torno a la procedencia de las causales y las obligaciones del sistema de salud en tal sentido, el 13 de marzo de 2012, la CSJN se pronunció en el caso *“F;A.L.”* sobre el derecho de las mujeres a acceder a un aborto en los casos permitidos por la ley.

La Corte aclaró que el aborto no es punible cuando existe peligro para la vida o la salud de la mujer, y cuando el embarazo provenga de una relación sexual no consentida, colaborando de esta manera en dejar atrás las posturas que defendían una interpretación restrictiva de la causal violación, limitándola a mujeres con discapacidad intelectual. Nos remitimos al punto V.d, donde desarrollamos en extenso el alcance de la sentencia. Pero nos anticipamos aclarando que, en función de la perspectiva pro persona, no es posible interpretar las causales para la interrupción legal del embarazo en forma restrictiva, correspondiendo dar el alcance más protectorio y favorable al ejercicio del derecho posible.

V.b. Leyes nacionales y provinciales

Como hemos expresado, a su vez, existe un conjunto de leyes nacionales y provinciales que complementan el marco normativo en acceso a interrupción legal del embarazo.

En primer lugar, en el año 2002, encontramos la Ley Nacional 25.673 (PLN 2002), que estableció la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable con la finalidad de garantizar los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional. En 2004, se sancionó la Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de madres, padres y de las personas recién nacidas durante el proceso de nacimiento, parto o post parto (PLN 2004).

Con posterioridad, en 2006, se sancionaron la Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica (PLN 2006) que garantizó la posibilidad de acceder de manera gratuita a la vasectomía y ligadura tubaría y la Ley Nacional 26.150 que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (PLN 2006).

En 2009, hay otro hito legal de importancia. Se sancionó la Ley 26.485 de Protección Integral Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (PLN 2009) que, como hemos adelantado, en su artículo 4, define la violencia como *“...toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte sus vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes...”*.

En su articulado, la ley describe los distintos tipos de violencia, los ámbitos y sus modalidades. En su artículo 6 define entre sus modalidades presentes en el acceso a la ILE: a) la violencia doméstica contra las mujeres; b) la violencia institucional; d) violencia contra la libertad reproductiva y, e) la violencia obstétrica. Entre los tipos de violencia, se refiere a la física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y simbólica.

Para comprender los alcances de las causales establecidas para el acceso a la interrupción legal del embarazo, se debe tomar la definición de violencia sexual que otorga la norma, entendida como *“cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia”*. En la Provincia, a su vez, se encuentra la Ley 12.569 de violencia familiar (Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires 2001).

También, del mismo año, debe considerarse la Ley Nacional 26.529 (PLN 2009) *–Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud–*, cuyo ámbito de aplicación es el ejercicio de los derechos del paciente en relación con la autonomía de la voluntad, la información y documentación clínica. Fija, en su artículo 2, entre los derechos de pacientes, la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, la información sanitaria y la interconsulta médica.

En particular, en lo relativo a la asistencia, establece que el / la paciente *–tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiera hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente (2.a)–*; esto último debe ser especialmente considerado en función de la objeción de conciencia.

Con respecto al derecho a la intimidad, la ley establece que *“toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos”*.

En relación con el derecho a la confidencialidad, la ley establece que la o *“el paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la*

misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio el propio paciente”. De hecho la Ley establece, en su artículo 21, que el médico que incumpla el deber de guardar secreto dispuesto en la ley puede recibir, además de la sanción penal, una sanción disciplinaria. A su vez establece algunas pautas en relación al consentimiento informado y cómo debe ser instrumentalizado, en sus artículos 5 a 11 bis. Con relación a este punto es central considerar también el Código Civil Argentino.

Un año después, en 2010, aparece otra Ley Nacional que resulta de suma relevancia: la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (PLN 2010) y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (PEN 2013). La Provincia de Buenos Aires adhirió a esta por medio de la Ley 14.580 (Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires 2013). Con relación a mujeres y personas con capacidad de gestar con discapacidad, observamos que el mandato de la maternidad y los fundamentalismos esbozados para impedir el derecho al aborto funcionan de modo contrario cuando se trata de mujeres y personas con capacidad de gestar con discapacidad mental. El aborto se impone sin considerar el deseo de la persona de continuar con el embarazo y sin brindar los apoyos necesarios para poder tomar tal decisión.

Por último, en 2012, se sancionó la Ley Nacional 26.743 de Identidad de Género (PLN 2012).

Como podemos observar, hay un amplio marco regulatorio de carácter protectorio que gravita sobre la temática. Pero a pesar de los avances en el campo normativo, aún su implementación se encuentra en curso, con fuertes disputas por parte de los sectores conservadores y sin una línea clara y permanente en materia de política pública tendiente a efectivizar todo este abanico normativo.

V.c. Las notas y documentos técnicos del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”

Durante el lapso de tiempo investigado, desde el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva se produjeron una serie de documentos y notas técnicas con destino a los equipos de salud que componen el marco regulatorio en la materia.

En la sección “Rectoría” del Programa, se encuentra con acceso público el marco normativo como, así también, notas técnicas y documentos técnicos de suma importancia. Comenzaron a realizarse en el año 2017 y han constituido en una herramienta de suma trascendencia, marcando lineamientos de política pública en temas centrales de la agenda del Programa.

La nota técnica N° 1/2017 trata sobre anticoncepción hormonal de emergencia. Parte de reconocer que *“6 de cada 10 mujeres que tuvieron su hija/o en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires no habían planificado ese embarazo”*. Explica su uso, los supuestos para prescribir su uso y las contradicciones. La nota técnica N° 2/2017 aborda *“métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (MALD)”*. También comienza con una descripción de cifras y hechos y luego describe las principales características de cada uno de ellos.

Nos detendremos en la nota técnica N° 3/2017 que se refiere a atención post aborto. En primer término, establece el deber de los equipos de salud de brindar atención médica para *“salvar la vida a cualquier mujer que tenga complicaciones relacionadas con el aborto, incluido el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro, independientemente de la situación normativa del aborto”*.

En segundo orden, acompaña datos representativos de la problemática. Así, informan que *“durante 2015 en la Provincia de Buenos Aires se produjeron 14570 egresos por aborto (desde abortos espontáneos incompletos a sepsis por abortos inseguros): 4 de cada 10 de las mujeres tenían 15 a 24 años y 4 de cada 10, 25 a 34 años.1 Las muertes maternas por complicaciones de abortos inseguros representaron el 20% del total de muertes maternas en el quinquenio 2011- 2015.2”*. Luego, establece referencias acerca de cómo llega una mujer que requiere la atención post aborto y cómo proceder.

Entre las técnicas, coloca al misoprostol y a la aspiración al vacío (AMEU). Con relación al primero, lo establece como una opción de tratamiento segura y efectiva en abortos incompletos o retenidos de menos de 12 semanas de edad gestacional o en los que la altura uterina es menos de 12 semanas de edad gestacional. Refiere que *“sólo requiere una adecuada evaluación clínica y se puede administrar en centros de salud del primer nivel de atención, sin necesidad de que las mujeres tengan que ser derivadas a un centro de mayor complejidad o permanecer internadas”*. Con relación al AMEU, refiere que se trata del procedimiento recomendado por la OMS que presenta mínimas complicaciones en comparación con las que ocurren con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor.

En tal sentido, refiere que la dilatación y curetaje es un método obsoleto de aborto quirúrgico y debe reemplazarse por la aspiración de vacío o por los métodos médicos. Ello no es menor ya que, como veremos más adelante, se siguen utilizando de forma corriente a pesar de constituir violencia institucional.

Resultan de suma importancia las consideraciones realizadas en la última parte de la nota que a continuación se transcriben: *“En el proceso de atención es importante tener presente que cursar un aborto suele ser una experiencia difícil en la vida de una mujer. Recibir una atención de calidad, completa, integral y oportuna es fundamental para ayudar a las mujeres a transitar en mejores condiciones esa situación. Además, se debe tener en cuenta **que el contacto de las mujeres con el servicio de salud representa una oportunidad para acceder a otras prestaciones para cuidar la salud y para***

promover conductas de autocuidado. Esta es una oportunidad privilegiada para ofrecer consejería en salud sexual y reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos” (el resaltado es nuestro).

La nota establece que la atención post aborto es adecuada cuando la mujer recibe información sobre la gama de métodos disponibles y opciones disponibles en función de su estado de salud, el diálogo respecto de su situación personal y reproductiva, y su vida sexual, y se completa con la dación del método anticonceptivo elegido si ella así lo decide.

Hasta finales del 2019, y a pesar del intento de la Ministra de Salud Zulma Ortiz de actualizar, mediante resolución, el Protocolo existente, dentro de la normativa utilizada por el Programa Provincial podemos ubicar el Protocolo para la Atención de Abortos no punibles en conjunto con el Fallo F;A.L.

En el marco de la entrevista, la Coordinadora del Programa, María Julia Bruno, nos explicó que a las capacitaciones se llega con el Protocolo en conjunción con el fallo F;A.L. Así la nota técnica N° 4/2017 aborda, en particular, la interpretación que el Programa Provincial realiza del fallo de la Corte Suprema. La nota ha sido titulada *“La regulación de la interrupción legal del embarazo en Argentina. Los principios que estableció la Corte Suprema de Justicia en el caso “FAL”, marzo de 2012”* y contiene conceptos sumamente claros con destino a los equipos de salud.

Las notas técnicas siguientes refieren a anticoncepción inmediata post evento obstétrico (Nota técnica N° 5/2017), Anticoncepción quirúrgica femenina y masculina (Nota técnica N° 6/ 2017), *“Anticoncepción en la Adolescencia”* (Nota técnica N° 7/2017), *“Atención de la salud y reproductiva de las personas con discapacidad”* (Nota técnica N° 8/2017) y *“Consentimiento informado en prácticas de salud sexual y reproductiva”* (Nota técnica N° 9/2017).

Por su parte, el documento técnico N° 1/2017 se refiere a *“Consejerías en salud sexual y reproductiva de las mujeres. Herramienta para orientar el trabajo de los equipos de salud”* y el documento técnico N° 2/2017 desarrolla *“El uso de métodos anticonceptivos en la Provincia de Buenos Aires”*.

Como se anticipó, el 12 de octubre de 2016, la entonces Ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires Zulma Ortiz, por Resolución Ministerial N° 2095/16, adhirió al "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo" elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Nación en abril de 2015, eliminando los obstáculos que imponía la normativa provincial anterior, de 2012.

Días después, la Ministra dio de baja la resolución por advertirse que no habría pasado por áreas de la administración competentes en el tema. La Ministra Ortiz poco tiempo después renunció a su cargo, dejando, a pesar de la baja de la resolución cuestionada, en el haber del Programa y de los equipos de salud las notas técnicas y los documentos técnicos de referencia realizados durante su gestión.

Mientras finalizó la redacción de esta tesis se sucedió algo similar en el ámbito nacional. El Secretario de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación tuvo que dar marcha atrás con la actualización de la Guía.

Asumidas las nuevas autoridades, el Ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, por imperio de la Resolución N° 1/2019, actualizó el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, reconociendo aquella primera versión de 2019 que duro unas pocas horas.

El Protocolo trabaja sobre los obstáculos existentes en el acceso a la práctica, contiene una clara descripción del marco normativo, la prescripción de cómo debe ser el abordaje desde el equipo de salud, ubicando en la entrevista inicial a la consejería y a su vez, desarrolla en detalle el procedimiento para realizar la interrupción legal del embarazo. En relación al procedimiento medicamentoso, da un enorme salto al establecer el uso del misoprostol junto con la mifepristona, siendo la combinación recomendada como "gold standard" por la OMS (Ministerio de Salud de la Nación 2019, 2° Edición). Aún deben realizarse las gestiones pertinentes para que la ANMAT autorice la mifepristona. Finalmente, el día 9 de enero de 2020, la Provincia adhirió al mismo por Resolución conjunta suscripta por el Ministro de Salud, Daniel Gustavo Gollan y la Ministra de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad, Estela Díaz.

V.d. El Caso F.A.L

En marzo de 2010, el Tribunal Superior de la provincia de Chubut resolvió favorablemente el pedido de aborto de A.G., una niña de 15 años que había sido violada por su padrastro. Luego de que el aborto fuera practicado, y pese a la sentencia favorable del Tribunal, el Asesor General Subrogante de la Provincia del Chubut en su carácter de Tutor Ad-Litem y Asesor de Familia e Incapaces interpuso recurso extraordinario ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

A pesar de que el caso en sí había devenido abstracto, la Corte Suprema de Justicia encontró en él la oportunidad para fijar los alcances de la interpretación constitucional que corresponde asignar al artículo 86 del Código Penal y a los derechos en juego en los casos allí contemplados.

La Corte aclaró que el aborto no es punible cuando existe peligro para la vida o la salud de la mujer, y cuando el embarazo provenga de una relación sexual no consentida, colaborando de esta manera en dejar atrás las posturas que defendían una interpretación restrictiva de la causal violación, limitándola a mujeres con discapacidad intelectual.

Además, el Máximo Tribunal afirmó que no se requiere autorización judicial previa ni denuncia policial previa para acceder al aborto en estos casos, que debe ser garantizado por el Estado a través del sistema de salud.

A su vez, hacia el final del voto de la mayoría, el Tribunal encontró imperioso establecer “remedios” ante la situación de inaccesibilidad sistemática a los abortos no punibles en el país. Así, resolvió que “corresponde *exhortar a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos*”⁵¹ y “*exhortar al Poder Judicial nacional y a los poderes judiciales provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a abstenerse de judicializar el acceso a los abortos no punibles previstos legalmente*”.

⁵¹ CSJN, caso “F.,A.L.”, op. cit. cons. 29.

En tal sentido, el Tribunal, en los considerandos 29 y 30 de su sentencia, estableció los contenidos mínimos que deben contemplar los protocolos de atención, al requerir que: el permiso para el aborto contemplado en el artículo 86.2 proceda en todos los casos de violación, sin importar la capacidad de la mujer; no se exija autorización judicial, ni denuncia policial previa en ningún caso; el único requisito habilitante para el aborto sea una declaración jurada; se garantice la información y la confidencialidad a la mujer y persona con capacidad de gestar; se eviten procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas; se eliminen los requisitos que no estén médicamente indicados; se articulen mecanismos que permitan resolver los desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia del aborto; se disponga un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia; la objeción de conciencia sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente; las instituciones obligadas cuenten con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual; se sancione a los profesionales que dificulten o impidan el acceso a los abortos no punibles; se brinde a las víctimas de violencia sexual, en forma inmediata y expeditiva, la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, psíquica, sexual y reproductiva; se brinde tratamientos médicos preventivos para reducir riesgos específicos derivados de las violaciones en un ambiente cómodo y seguro, que otorgue privacidad, confianza y evite reiteraciones innecesarias de la vivencia traumática; se asegure la obtención y conservación de pruebas vinculadas con el delito; se asegure la asistencia psicológica inmediata y prolongada de la víctima; y, se asegure el asesoramiento legal del caso.

Finalmente, la CSJN consideró *–indispensable que los distintos niveles de gobierno de todas las jurisdicciones implementen campañas de información pública, con especial foco en los sectores vulnerables, que hagan conocer los derechos que asisten a las víctimas de violación. Asimismo deberá capacitarse a las autoridades sanitarias, policiales, educativas y de cualquier otra índole para que, en caso de tomar conocimiento de situaciones de abuso sexual brinden a las víctimas la orientación e información necesaria que les permita acceder, en forma oportuna y adecuada, a las*

prestaciones médicas garantizadas por el marco normativo examinado en la presente causa” (considerando 31).

Asimismo, la CSJN advirtió sobre la importancia de resguardar el derecho de las mujeres a acceder efectivamente al aborto no punible, dejando expresa constancia de que en estos casos se encuentra en juego la responsabilidad internacional del Estado. A pesar de implicar un gran avance y emitir directivas concretas para la garantía de los derechos en juego, la Corte Suprema de la Nación no se involucró en la ejecución de su resolutorio.

Pasaron años, varias acciones judiciales (REDAAS - Gebruers, Cecilia; Gherardhi, Natalia 2015:1-43) y se emitieron protocolos tanto provinciales como nacionales tendientes a dar cumplimiento al fallo.

Como hemos desarrollado en el acápite precedente, recientemente, el Ministerio de Salud de la Nación dictó el Protocolo Integral para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, que en su última versión de diciembre de 2019, aprobada por Resolución N° 1/2019 del Ministerio de Salud, respeta los parámetros fijados por la Corte Suprema. Varias provincias, entre ellas, la Provincia de Buenos Aires han adherido a la misma, representando un importante paso para garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo.

V.e. Federalismo y acceso a la salud

Como ha sido desarrollado precedentemente, en el fallo F;A.L, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara en establecer que es obligación tanto de las autoridades nacionales como provinciales, implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para remover todas las barreras que limitan el acceso a los servicios médicos.

Si bien recientemente se sancionó el Protocolo para la Atención Integral que *“contiene lineamientos para la aplicación del mismo en diferentes contextos, tanto en instituciones públicas como privadas de todo el territorio argentino”* (Ministerio de

Salud de la Nación 2019, 2º Edición), la falta de una previsión nacional en materia de salud que asegure pisos mínimos de acceso y calidad para la interrupción legal del embarazo genera las condiciones para que las provincias, entre ellas, la Provincia de Buenos Aires, vulnere los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Es por ello que incorporamos este punto a la investigación porque entendemos que para abordar los obstáculos y la violencia institucional existente en el acceso a la práctica y garantizar el acceso a la práctica se requiere compromiso y articulación del Estado Provincial con el Estado Nacional. En tal sentido, a pesar de que salud es una materia no delegada por las provincias, para poder garantizar el acceso a la práctica, en condiciones de igualdad y no discriminación, el Estado Federal debe establecer una regulación de presupuestos mínimos para asegurar que las personas con capacidad de gestar puedan acceder sin barreras en cualquier sitio, como sucede en otras materias de acceso a la salud. Ello, sin perjuicio, de las facultades de cada Estado Provincial de regular el procedimiento específico para el acceso con sujeción a los lineamientos de alcance general brindados por el Estado Nacional.

Durante el año 2018, en el marco del debate parlamentario por el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo este fue un punto central de objeción aduciendo que se avanzaba sobre facultades no delegadas provinciales (Morales 2018). Ello no es así. Con relación a las implicancias del federalismo en el acceso a la salud, Arballo ha sostenido que tiene lugar la concepción progresiva o de “pisos mínimos” en la articulación institucional del Estado nacional y las provincias o estados locales, en la que “lo nacional establece un ‘piso’ común y las provincias pueden subir ese piso (ampliando la protección, mejorando coberturas y prestaciones, etc.). La asignación competencial tiene como condición necesaria un resultado que redunde en una mejor versión del derecho en cuestión. La concepción funciona en sentido *pro hominis*, empoderando a las provincias para *lo mejor* y no para *lo restrictivo* en términos del nivel de protección de un derecho” (Arballo 2013).

En sintonía con lo expuesto, Azrak ha advertido que un federalismo en que las competencias del Estado nacional y las provincias interactúan para garantizar derechos, lejos de anular la autonomía local, permite “establecer pisos mínimos de derechos, dejando al arbitrio democrático local, la mejor forma de hacer realidad la promesa

normativa” (Azrak 2018). En tal sentido, siguiendo a Garay, –el Estado federal, con el objeto de armonizar la legislación (sanitaria) de la República Argentina, está habilitado para dictar leyes sobre Poder de Policía Sanitario; las que establecerán un piso normativo mínimo, a partir del cual, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pueden sancionar leyes con contenidos tuitivos más amplios (arts. 75 incs. 18 y 19, 125 y Preámbulo de la C.N” (Garay 2008-A) y así debe hacerlo con relación al acceso a la interrupción legal del embarazo.

El Estado se encuentra obligado, sin perjuicio de su naturaleza federal o unitaria. Y, en tal sentido, la Provincia de Buenos Aires y el Estado Nacional deben coordinar para garantizar los derechos de mujeres y personas con capacidad de gestar. Abramovich y Pautassi han señalado cómo –la incorporación del derecho internacional en el ámbito interno, no desplaza las competencias de las provincias, sino que las preserva” (Abramovich y Pautassi, El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina 2008), en condiciones que las provincias deben destinar sus esfuerzos a –aplicar tanto la Constitución Nacional como los tratados de derechos humanos en sus propios ámbitos de competencia y por sus propias instancias estatales”. Pero en ello, el Estado Federal tiene un rol central también, ya que –es garante final en el cumplimiento de esas obligaciones, aún en casos que resulten de competencia directa de las provincias (...lo) **que obliga a las autoridades federales a tomar acciones afirmativas y a adoptar medidas efectivas para que las provincias cumplan con las obligaciones internacionales**” (Abramovich y Pautassi, El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina 2008: 32-46) (el destacado es nuestro).

A su vez, tal rol del Estado Nacional de adoptar medidas concretas y positivas para asegurar el acceso a la interrupción legal del embarazo como estándar mínimo es reflejo de la obligación internacional del Estado argentino de adoptar medidas concretas para hacer efectivos los derechos de las personas bajo su jurisdicción.

Los Estados parte de instrumentos internacionales de derechos humanos como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP) o el Pacto Internacional de Derechos

Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), que en la Argentina gozan de jerarquía constitucional, se encuentran obligados a adoptar medidas para asegurar su efectiva protección, al tiempo de abstenerse de acciones que puedan implicar su privación arbitraria. Mediante su ratificación los Estados asumen obligaciones de “respeto”, “protección” y “garantía” de los derechos en ellos contenidos. Así, los instrumentos internacionales ratificados por la Argentina exigen la adopción de medidas concretas para garantizar (esto es, asegurar el ejercicio pleno y efectivo) de todos los derechos y libertades contenidos en dichos instrumentos.

Desde sus inicios la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha dejado en claro que la obligación de “garantizar” los derechos y libertades, contenida en el artículo 1 Convención, *“implica el deber de los Estados Partes de **organizar todo el aparato gubernamental** de manera tal que sean capaces de asegurar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos”* (el destacado es nuestro).⁵² Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también explicó la necesidad de adoptar medidas para asegurar la vigencia y aplicación interna del Pacto en los países. Así, advertía que *“la obligación fundamental que deriva del Pacto es que los Estados Partes den efectividad a los derechos reconocidos en él”* y que *“si bien corresponde a cada Estado Parte decidir el método concreto para dar efectividad a los derechos del Pacto en la legislación nacional, **los medios utilizados deben ser apropiados en el sentido de producir resultados coherentes con el pleno cumplimiento de las obligaciones por el Estado Parte**”* (el destacado nos pertenece).⁵³

A mayor abundamiento, incluso con carácter previo a la incorporación expresa de los tratados internacionales al bloque de constitucionalidad argentino en 1994, la Corte Suprema de Justicia había aclarado que *“la violación de un tratado internacional puede acaecer tanto por el establecimiento de normas internas que prescriban una conducta manifiestamente contraria, **cuando por la omisión de establecer disposiciones que hagan posible su cumplimiento**”* y que *cuando la Nación ratifica un tratado (...) se obliga internacionalmente a que sus órganos administrativos y*

⁵² Corte IDH, Velásquez Rodríguez Vs. Honduras, Sentencia de 29 de julio de 1988, párr. 166

⁵³ Comité DESC, Observación General 9, La aplicación interna del pacto, 1998, E/1999/22 Anexo VI, párr. 1 y 5

jurisdiccionales lo apliquen a los supuestos que ese tratado contemple” (Fallos 315:1492 —Emekdjian”, cons.16 y 20, el destacado es nuestro).

En razón de lo expuesto, en materia de acceso a la interrupción legal del embarazo, el Estado Nacional se encuentra comprometido a adoptar medidas para asegurar que las mujeres y personas con capacidad de gestar puedan acceder al mismo sin barreras en cualquier sitio, como sucede en otras cuestiones de acceso a la salud, en articulación con el Estado Provincial.

V.f. El caso V.D.A (más conocido como “L.M.R”)

En conexión con el acápite anterior, y en función de las obligaciones internacionales asumidas en materia de derechos humanos, el Estado Nacional resultó objeto de una condena internacional por los hechos que tuvieron como víctima a L.M.R (V.D.A vs. Argentina, 2011) en la Provincia de Buenos Aires.

Recordemos que el hito de referencia de la investigación es precisamente el pedido de disculpas público del Estado Nacional en el caso “L.M.R”, que tuvo lugar el 11 de diciembre de 2014, seis años después de habersele negado el acceso a un aborto no punible en la Región Sanitaria N° 11.

En 2006, L.M.R es violada por su tío y como consecuencia de ello quedó embarazada. En aquel entonces tenía 19 años de edad, pero por su discapacidad mental, estaba anclada en la niñez. Su mamá, Vicenta, la lleva al Hospital de Guernica donde constatan que se encontraba embarazada y ante ello, pide que se le realice una interrupción legal del embarazo en los términos del artículo 86 inciso 2° del Código Penal. Desde allí, le niegan la práctica, exhortándola a hacer la denuncia penal del hecho y es derivada al Hospital Interzonal General de Agudos “San Martín”, que era el centro de cabecera del área programática. La denuncia penal se realiza el 24 de junio de 2006.

Al llegar al Hospital San Martín el 4 de julio de 2006 es internada con una gestación de 14 semanas aproximadamente. En el Hospital, en lugar de hacer la práctica de inmediato, se convoca al Comité de Ética para resolver la situación.

Durante esos días y mientras se estaba realizando los exámenes pre quirúrgicos, la Unidad Fiscal de Instrucción N° 5, a cargo de la Fiscal Sonia Leila Aguilar, quien se encontraba interviniendo en la investigación penal del abuso sexual sufrido por L.M.R (IPP N° 307.639/06), sin justificar el sentido de su intervención y mediante un resolutorio del tipo formal, envía una copia de las actuaciones a la Jueza de Garantías del Menor que se encontraba de turno, Inés Siro. Lo hace tras invocar la diferencia entre el caso en tratamiento con la Acordada 95.464 del día 27 de junio de 2005 donde la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires estableció su postura en relación a la innecesidad de autorización de juez alguno para realizar el aborto no punible regulado por el artículo 86 inciso 1 del Código Penal, así como también la "dudosa constitucionalidad" de la permisión emergente del artículo 86 inciso 2° del Código Penal, entre otras cuestiones.

La Jueza Inés Siro ordena una serie de medidas complementarias, entre ellas, la realización de una evaluación psiquiátrica a la embarazada y el pedido de remisión de su historia clínica. Con posterioridad, con carácter de medida cautelar, resuelve *no hacer lugar a lo que entiende ha sido una petición judicial para efectuar prácticas abortivas en la persona de la menor y, como medida de protección al niño por nacer y a la menor, ordena la concurrencia mensual a dicho órgano con constancia médica de control de embarazo y oficia a la Subsecretaría de Minoridad a los efectos de arbitrar todos los medios necesarios para la protección de la salud física y psíquica de la menor de autos y del niño por nacer*”, cancelándose el procedimiento que se encontraba en curso. La actuación de la jueza obstaculizó y dilató la práctica legal, debiendo enfrentarse a un pedido de jury por su proceder y tomándose licencia luego de que el caso tomará enorme repercusión pública.

La Asesora de Incapaces N° 4, Griselda M. Gutiérrez, representando y bregando por los derechos de L.M. R apela la resolución, solicitando que *"se rechace el pedido de interrupción del embarazo y se arbitren los medios necesarios para amparar la salud psicofísica de la menor durante y después que se produzca el nacimiento"*. Afirmó en su

presentación que algunos supuestos de aborto "*están alcanzados por una excusa absolutoria, (y que) ellos podrán ser opuestos en una investigación penal luego de cometido el hecho, pero no corresponde a ningún juez adoptar una decisión previa*". Y, que ante la confrontación entre el derecho a la salud de la madre y el derecho a la vida del niño por nacer debe prevalecer esta última.

Pero la Sala II de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial del Departamento Judicial de La Plata ratificó el fallo de la Jueza De Garantías del Joven y la situación de L.M.R debió llegar a la Suprema Corte de Justicia de la Provincia.

La Suprema Corte de Justicia de la Provincia dictamina en el caso el día 31 de julio de 2006. En el fallo ratifica la doctrina legal ya sentada en el Acuerdo 95.464, declarando que la aplicación del artículo 86 inciso 2 del Código Penal no requiere de autorización judicial y que en virtud de que la situación de L.M.R encuadra en un supuesto objetivo no incriminado por el ordenamiento jurídico "*no corresponde expedir un mandato de prohibición a la práctica de interrupción del embarazo sobre la joven, en tanto esa intervención se decida llevar a cabo por profesionales de la medicina en función de su reglas del arte de curar*". A su vez, pone en conocimiento del Poder Ejecutivo de la Provincia la situación de la joven L. M. R. y su madre, exhortándolo a que provea las medidas asistenciales y sanitarias que estime adecuadas para asegurar su salud, tratamiento y la satisfacción de sus necesidades sociales básicas. Por último, comunica la decisión a las autoridades del Hospital San Martín ("R., L.M., NN Persona por nacer. Protección. Denuncia" 2006).

La decisión de la Suprema Corte de Justicia llegó con una edad gestacional muy avanzada. L.M.R. se realizó la práctica en la clandestinidad de una clínica privada, a partir de las gestiones y el acompañamiento del movimiento de mujeres. Alcaraz (Alcaraz 2018:345) plantea "*Fue gracias a las organizaciones de mujeres que se acercaron y acompañaron a Vicenta y juntaron el dinero para pagar el aborto. El Estado le dio la espalda a L.M.R*". No podemos afirmar que el Estado le dio la espalda, pero sí que llegó muy tarde.

A partir de la situación de L.M.R también se observa con claridad que no es posible seguir convalidando en cargos públicos a personas que no ejercen su función desde una perspectiva de derechos humanos. Como dejamos en claro, a la hora de

desarrollar lo que implica el ejercicio de la función pública en perspectiva de derechos humanos, las personas – como la fiscal y la jueza de garantías del joven - , que no actúan con ello como guía deben ser apartadas de la función pública. Siguiendo a Salvioli (F. Salvioli 2018:32), *–No sólo porque le genera responsabilidad internacional al Estado sino porque es lo que hay que hacer. Es la misión del Estado, y la misión del Estado es laica. La libertad religiosa es un derecho fundamental pero el ejercicio de la función pública es laica y si no comprende esto no puede formar parte de las estructuras de la función pública del Estado”*.

Finalmente, el Estado tuvo que responder internacionalmente por la vulneración de los derechos de L.M.R. El 25 de mayo de 2007, Vicenta, en nombre de su hija, representada por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo de Rosario (Insgenar), el Comité de América latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem) y la Asociación Católicas por el Derecho a Decidir, de Córdoba, llevaron la petición ante el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, alegando la violación de los derechos de L.M.R a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, derecho a no ser discriminada en el acceso a la atención médica, derecho a la privacidad con respecto a las decisiones de tratamiento médico, derecho al acceso a atención médica y derecho a un aborto legal.

En la decisión tomada el 28 de abril de 2011 (Comité de Derechos Humanos 28 de Abril de 2011), el Comité de Derechos Humanos reconoció que el trámite dilatorio judicial causó que la práctica se retrasará llevándola a realizarse un aborto ilegal, en vulneración del artículo 2 de PIDESC en relación con los artículos 3, artículo 7 y artículo 17 del Pacto. Asimismo, consideró que el derecho a la privacidad fue violado por interferencia ilícita de los tribunales en una decisión que debería haber incluido sólo a L.M.R, su tutora, VDA, y su médico.

A su vez, el Comité estableció que la falta de protección para que L.M.R pueda realizarse un aborto legal (reconocido en la ley Argentina) y el sufrimiento resultante violó sus derechos reconocidos en el Artículo 7, el cual protege a las personas del sufrimiento tanto físico como mental, estableciendo que la violación de este artículo es particularmente grave dado el status de L.M.R como persona con una discapacidad.

En función del artículo 2 del Protocolo Facultativo del PIDCP, señaló la obligación de nuestro país de indemnizar a L.M.R. y tomar medidas de no repetición. En el marco de la ejecución de la decisión, el día 11 de diciembre de 2014 tanto el Estado Nacional como el Provincial efectuaron el pedido disculpas públicas hacia L.M.R., ya con 27 años de edad, y comprometieron cobertura médica, la incorporación a un programa de inserción laboral, una vivienda y el pago de una indemnización como reparación.

En aquella oportunidad, Susana Chiarotti, directora de Insgenar, manifestó al Diario Página 12 (Carbajal 2014), *–El acto de reparación es muy importante. De hecho, es la primera vez que el Estado argentino reconoce su responsabilidad por la violación de derechos humanos al haberle negado el recurso legal al aborto a una joven con discapacidad, embarazada por una violación, y pide disculpas frente a toda la sociedad. Esto significa reconocer también que los derechos reproductivos son derechos humanos. Es reconocer que, entre otros, las mujeres tienen derecho a regular su fecundidad; a no aceptar un embarazo forzado ni una maternidad forzada*”, pero entre las medidas de no repetición, ***“faltan mecanismos de cumplimiento efectivo cuando hay obstáculos o intervenciones indebidas, hay deudas en materia de educación sexual, y en la implementación de un plan nacional contra la violencia de género”*** (el resaltado es nuestro). Como podremos ver en los acápites siguientes, aún hoy, seis años después siguen faltando mecanismos de cumplimiento efectivo frente a obstáculos e intervenciones indebidas, existiendo aún un déficit en el plano normativo que debe ser articulado entre el Estado Federal y Provincial.

Como hemos referido, la Provincia adhirió el *–Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*”, aprobado por Resolución N° 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de garantizar el acceso a la práctica de interrupción legal del embarazo y abordar los obstáculos existentes para ello. En el marco de la aprobación del Protocolo, Estela Díaz (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires 2020), actualmente a cargo del Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires y en 2006 secretaria de género de CTA desde donde acompañó a L.M.R. y Vicenta, reconoció que la decisión constituye *–un homenaje a alguien que peleó mucho por esto,*

que tenía una hija con retraso madurativo abusada por el tío y cuyo caso se encuadraba claramente en el marco legal de la Argentina”.

Por último, el caso L.M.R representa también una triste referencia que nos permitió visibilizar cómo las trabas y obstáculos en el acceso a la práctica a la interrupción legal del embarazo configuran violencia institucional. De hecho, así lo reconoció el Comité de Derechos Humanos al establecer que se vulneró el artículo 7 del PIDCYP.

Pero, como veremos en los capítulos siguientes, a pesar del pedido de disculpas público y las medidas tomadas, el estado de situación del acceso al aborto en la región donde tuvo lugar el caso es muy heterogéneo, dependiendo, más que nada, de las voluntades de los trabajadores de la salud comprometidos con garantizar de derechos.

Cuarta parte: ¿Qué sucede en la Región?

VI. El estado de situación en la Región Sanitaria N°11

En el presente capítulo, desarrollamos el estado de situación del acceso a la interrupción del embarazo desde dos enfoques. En primer lugar, a partir la mirada del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires, realizando un registro de vicisitudes atravesadas por el mismo desde el caso L.M.R a esta parte y de las políticas públicas implementadas en la región y, en segundo orden, con el enfoque de los trabajadores de la salud y activistas feministas que vienen bregando por el acceso a la práctica frente a un Programa que no da respuesta a la demanda en los términos requeridos.

La Región Sanitaria XI se encuentra integrada por 11 municipios. Estos son Berisso, Coronel Brandsen, Cañuelas, Castelli, Chascomús, Dolores, Ensenada, General Belgrano, General Paz, La Plata, Magdalena, Monte, Pila, Presidente Perón, Punta Indio, San Vicente, Tordillo y Lezama, ubicados al noroeste de la Provincia de Buenos Aires y se encuentra habitada por una población estimada de 1.180.119 habitantes, conforme el último censo realizado en 2010.

Como planteamos en el punto 1.3. relativo a la metodología, si bien se pretendió situar la presente investigación en toda la región sanitaria N° 11, nos encontramos ante una realidad muy heterogénea en relación al grado de acceso a la práctica de interrupción legal del embarazo, teniendo como referencia La Plata, Berisso y Ensenada del resto de los municipios pertenecientes a la Región Sanitaria. Ello no sólo obedece a las características propias de los municipios que no nos hemos dedicado a indagar ya que excede la temática abordada, sino principalmente a que la mayoría de los hospitales provinciales del segundo nivel de atención se ubican en el área compuesta por La Plata, Berisso y sus alrededores. Otra cuestión no menor que apunta la diferencia señalada es la existencia de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir de La Plata, Berisso y Ensenada que, como será desarrollado en los acápite siguientes, se ha consolidado como una actora central para garantizar el acceso a la práctica.

Para garantizar el acceso a la salud, o en particular, al acceso a la interrupción legal del embarazo, el sistema público de salud se integra por el primer nivel de atención compuesto por centros de salud y hospitales municipales y el segundo nivel de

atención, que corresponde a la jurisdicción provincial integrado por hospitales provinciales que cuentan con consejerías en salud sexual y reproductiva y/o servicio de gineco – obstetricia.

En función de ello, hemos realizado pedidos de acceso a la información pública y entrevistado a la Coordinadora del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, entrevistamos a integrantes de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, a trabajadores de la salud del segundo nivel de atención y activistas feministas y también, enviamos una encuesta autoadministrada con destino a los hospitales provinciales de la región, que tuvo por destinatarios los directores ejecutivos de los siguientes hospitales provinciales: Hospital Zonal General de Agudos –Dr. Mario V. Larrain” de Berisso, Hospital Zonal General de Agudos –Dr. Horacio Cestino” de Ensenada, Hospital Zonal Especializado en Crónicos –El Dique” de Ensenada, Hospital Interzonal General de Agudos –San Roque” de Gonnet, Hospital Zonal General de Agudos –Dra. Cecilia Grierson”, de Guernica, Presidente Perón, Hospital Subzonal Especializado –Dr. Ramos Mejía” de La Plata, Hospital Interzonal General de Agudos –General San Martín” de La Plata, Hospital Interzonal General de Agudos Prof. –Dr. Rodolfo Rossi”, de La Plata, Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos –San Juan de Dios”, de La Plata, Hospital Zonal General de Agudos –Dr. Ricardo Gutiérrez” de La Plata, Hospital Subzonal Especializado –Elina de La Serna de Montes” de La Plata, Hospital Zonal Especializado –Dr. Noel H. Sbarra” de La Plata, Hospital Local Especializado –A” San Lucas de Lisandro Olmos, Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos –Dr. Alejandro Korn” de Melchor Romero, Hospital Subzonal Especializado –Dr. José Ingenieros” de Melchor Romero, Hospital –Zenón Videla Dorna” de Monte y Hospital Subzonal Especializado –Dr. Dardo Rocha” de Cañuelas. Entre ambos niveles de atención se debe articular para la realización de las prácticas de interrupción legal del embarazo, en función de la situación a resolver y el área programática correspondiente de pertenencia de la usuaria.

VI.a. Idas y vueltas en el Ministerio de Salud. El Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva

El Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva ha atravesado por varios cambios durante el lapso temporal investigado que han incidido sobre el acceso al aborto en la región.

Ello ha condicionado también el acceso a la información oficial que desde agosto de 2017 a esta parte no se ha actualizado en la página web (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires 2019). Tampoco se han contestado los pedidos de acceso a la información pública realizados sobre el tema. Sin perjuicio de ello, a fines de noviembre de 2019 pudimos reunirnos con la Coordinadora del Programa.

Desde el pedido de disculpas en el caso L.M.R, luego del 11 de diciembre de 2014, se sucedieron tres cambios de autoridades del Ministerio de Salud con incidencia en el Programa Provincial, por lo que dividiremos la labor del mismo en tres etapas.

VI.a.1. Primera etapa: AMEU y equipo móvil (Fines de 2014 – 2015)

En esta primera etapa estuvo a cargo del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, Marisa Mattia, siendo el Ministro de Salud Alejandro Collia. En esta primera etapa, se capacitó en la técnica de AMEU y se puso en funcionamiento un equipo móvil que realizaba ILES en los distintos distritos cuando los efectores locales se oponían a realizarlas.

Durante el 2015, se presentaron dos pedidos de acceso a la información pública desde el CELS, Amnistía Internacional Argentina, el Equipo Latinoamericano de Género y Católicas por el Derecho a Decidir, dirigidos al Ministro de Salud con copia al Programa con el fin de conocer el grado y condiciones de acceso a la interrupción legal del embarazo en el territorio de la provincia de Buenos Aires, y en particular en la Región Sanitaria XI.

Durante el mes de noviembre se obtuvo una respuesta parcial a los mismos. Dentro de los datos que nos interesa relevar, informaron que en la Región Sanitaria XI se registraron, durante el 2014, 11 egresos hospitalarios por aborto. En lo relativo al presupuesto, no se nos informó el presupuesto disponible para el Programa y nos dijeron que nos remitamos a la Dirección Presupuestaria del Ministerio de Salud.

Con relación a las capacitaciones brindadas a la Región, se realizó una capacitación al Hospital San Roque de Gonnet con la fundación FUSA, capacitación en RRYD en articulación con el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Nación al primer y segundo nivel de atención de Berisso. A su vez, se realizaron dos encuentros de intercambio con profesionales del primer nivel de atención que realizan ILE, que incluyó representantes de la región XI.

Pudimos acceder, a su vez, al registro de cinco situaciones de interrupción legal del embarazo que tuvieron lugar entre 2014 y 2015 que no contaban con una sistematización adecuada por parte del Programa, cuatro de ellas en la región sanitaria investigada. Se trata de documentos Word sumamente informales, que fueron acompañados a la respuesta del pedido de informes, donde se comenta brevemente las situaciones. Entre ellas, resultó un hecho significativo que tomó cierto alcance público en la región cuando, en el mes agosto de 2015, una joven se acercó al Hospital “San Roque” de Gonnet con un embarazo de 13 semanas producto de una violación solicitando la práctica y es, en principio, rechazada.

Conforme nos comentó en la entrevista realizada María Julia Constant, integrante de la Campaña para el Acceso Legal, Seguro y Gratuito, la práctica fue realizada pero, previamente, le manifestaron que debían analizarlo ya que superaba las 12 semanas contempladas en su protocolo hospitalario y ante ello, *“los y las profesionales del nosocomio resultaban objetores de conciencia”*. Finalmente, accedieron a realizarla, pero no recibió ningún tipo de atención post aborto, debiendo dirigirse al Centro de Salud “José Ingenieros” a tal fin. Durante esta primera etapa, no hay un registro oficial de las situaciones de ILE: la práctica se realiza con dificultades pero no queda asiento dentro de los registros hospitalarios de la misma.

Con relación a las técnicas utilizadas para la realización de las prácticas de ILE (quirúrgica o medicamentosa), desde el Programa se informó que se encontraban

disponibles en todos los efectores de salud los métodos medicamentosos y las instrumentales recomendadas por la OMS.

Como anticipamos, en aquel entonces, resulta sumamente significativo de esa etapa la capacitación en AMEU a varios profesionales de la salud y la experiencia del Hospital Interzonal “José Ingenieros” garantizando abortos con esa técnica.

Al ser consultada sobre ello, la médica Julia Gatica, médica generalista y Directora Ejecutiva del efector, comentó *“Nosotras tuvimos muy bien posicionadas en general porque el Programa hasta el 2015 estaba Marisa Matia que es amiga personal de nosotras y la verdad que, en general, nos dio todo su apoyo no solo para la realización de ILE medicamentoso garantizando la medicación, sino también nos propuso capacitarnos en AMEU (que es la aspiración manual extrauterina) que es una práctica que se realiza muchísimo en DF, en Cuba, en EEUU, Inglaterra y España”*. En tal sentido, comentó *“Desde marzo de 2014 nos formamos en un consultorio de AMEU, vino un médico ginecólogo, recibido en Cuba, con otra mirada y él es quien nos capacitó... a mí que soy una médica generalista de larga experiencia, me recibí en el 86 y que en este último tiempo de mi vida me he dedicado más a asuntos de atención a la salud de las mujeres que es lo que más me gusta al igual que niños... y a una licenciada en obstetricia que también quería aprender...”*.

Sobre la capacitación en la técnica, Julia Gatica refiere *“... nosotras capacitamos después a dos generalistas que también quisieron aprender, es una práctica de muy baja complejidad, no requiere internación, no requiere un hospital, no requiere un quirófano pero si un consultorio adecuadamente organizado y por supuesto la gente que lo hace tiene que estar capacitada primero a entrar dentro del útero como corresponde, por ejemplo, tenés que saber primero poner un DIU, si sabes colocar un DIU podés aprender a hacer un AMEU sin ningún problema, no es que es algo difícil, y si tenés que tener manejo de drogas para el dolor o si hay alguna complicación...”*.

El Hospital Interzonal “José Ingenieros” realizó interrupciones durante aquella etapa que eran derivadas de toda la región sanitaria, utilizando la técnica de AMEU, *“entonces eso lo mantuvimos hasta abril de 2016 donde ya ahí notamos que había muy pocas ganas de sostener nuestro accionar”*, relata Julia Gatica.

Por último, queremos indicar que esta primera etapa estuvo marcada por las resistencias. Tal es así que, durante el 2015, tomó estado público la existencia de un acuerdo entre los efectores de salud de la Región Sanitaria XI que data del año 2010, que establecía un plus de requisitos para el acceso a los abortos legales. Ante ello, para poder efectivizar la ILES, el Programa Provincial contaba con un médico, capacitado en la técnica de AMEU, que recorría la Provincia para realizar la práctica. El llamado —equipo móvil” logró hacer efectivas intervenciones en efectores de salud obstructores/resistenciales, como actor externo, sin poder avanzar sobre los trabajadores de la salud en su deber y función de garantizar derechos.

VI.a.2. Segunda etapa: Notas y documentos técnicas, Misoprostol por licitación pública, Consejerías, Consejo Asesor y el Protocolo trunco (Diciembre de 2015 - Julio 2017)

Efectivamente en diciembre de 2015 cambia la fuerza política en la Provincia y así las autoridades del Ministerio de Salud. Al asumir Zulma Ortiz como Ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva toma un lugar de mayor importancia en la estructura gubernamental, dependiendo directamente de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas a cargo de Evelina Chapman.

Con un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales técnicos con trayectoria en la materia, vinculados al CEDES, a cargo de Silvina Ramos realizaron aportes sumamente importantes, con la elaboración de notas y documentos técnicos con destino a los equipos de salud, capacitaciones y en la actualización del Protocolo para la Interrupción Legal del Embarazo, la gran deuda pendiente que tenía la Provincia.

Frente a un pedido de informes realizado por Amnistía Internacional Argentina (Amnistía Internacional Argentina 2016) durante noviembre de 2016, que obtuvo respuesta el día 13 de marzo de 2017 (Programa de Salud Sexual y Reproductiva 2017), refirieron que durante el año 2015 se registraron 18 egresos hospitalarios por embarazos terminados en aborto en la región sanitaria N° 11. Al consultarse sobre el número e identificación de efectores sanitarios que realizan prácticas de interrupción legal del

embarazo en la Provincia de Buenos Aires, se informó que la información no se encuentra disponible en ese nivel de desagregación.

Con relación al presupuesto asignado, se informó que el presupuesto sancionado para el Programa para 2015 fue de \$ 2.715.000, de los cuales se ejecutaron \$ 501.503 a enero de 2017, conforme lo informado por la Dirección de Administración del Ministerio de Salud y Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires y durante el 2016, se ejecutó con destino al Programa la suma de \$ 7.769.862. En tal sentido, manifiestan que *“...En el período 2011-2016 se observa que el presupuesto ejecutado ha aumentado en más de 5000% en valores corrientes. Asimismo, el presupuesto medido en dólares, aumentó de USD 37 mil a USD 534.309 mil...”* (Programa de Salud Sexual y Reproductiva 2017).

En 2016, las capacitaciones realizadas a la región sanitaria fueron 2 sesiones de Cibersalud con las/os referentes de salud sexual y reproductiva de las regiones sanitarias sobre marco normativo de ILE y tratamientos médico y quirúrgico para ILE, jornadas de capacitación de las que participaron las/os integrantes de los servicios de ginecología, obstetricia, salud mental y trabajo social sobre marco normativo, abordaje integral de las mujeres en situación de aborto y certificación de las causales bajo el marco normativo vigente y Jornada "El Hospital como espacio garante de ciencia y derecho" realizado en el Hospital "El Dique" de Ensenada, donde asistieron directivos y profesionales de los HZGA "Dr. Mario Víctor Larrain", HZGA "Horacio Cestino", HIGA "General José de San Martín", HZGA "Dr. Ricardo Gutiérrez", HIGA "San Roque" y HZGA "Dra. Cecilia Grierson".

En relación a técnicas, desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y específicamente, desde el proyecto "Te Acompañamos", se promovió el uso de aspiración manual endouterina (AMEU) y aborto con medicamentos de acuerdo a los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

Otra gran modificación sucedida en aquella etapa fue que se procedió a realizar una compra de misoprostol a nivel centralizado mediante Licitación Pública N°150/2016. En 2017, se procedió de igual manera para complementar las compras hospitalarias del medicamento. Tales licitaciones quedaron desiertas en una primera oportunidad y el proceso se demoró más de lo previsto.

Con relación a Consejerías, en el año 2016 se inició la implementación del proyecto “Espacios para decidir” cuyo objetivo fue *“fortalecer los servicios de consejería en SSR en servicios de salud del primer y segundo nivel de atención y en las comunidades a través de la estandarización de prácticas de consejería en métodos anticonceptivos (MAC) y en la reducción de riesgos y daños (RDD) y el desarrollo de competencias técnicas y organizacionales para consejería en SSR en servicios y comunidad, y fortalecimiento de vínculos con SS y/o segundo nivel”* (Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva 2016). Con relación a este punto, tiempo después, se publicó “Documento técnico para consejerías SSR en servicios de salud” para orientar la creación y el fortalecimiento de las consejerías.

Otro hito de importancia aquel año fue la creación del Consejo Asesor del Programa Provincial del Salud Sexual y Reproductiva, por Resolución Ministerial N° 1030 de fecha 17 de julio de 2016 (MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 2016). Su función es la de *“un espacio permanente de intercambio, de trabajo e información calificada en materia de salud sexual y reproductiva a través de la participación de profesionales, asociaciones científicas y otras organizaciones no gubernamentales representativas del sector”*, conforme reza el considerando 7° de la resolución citada. Con altibajos, el Consejo continúa reuniéndose periódicamente.

El 12 de octubre de 2016, la Ministra de Salud, a través de la Resolución Ministerial N° 2095/2016, derogó la Resolución N° 3146/2012 que imponía obstáculos al acceso a la interrupción legal del embarazo, adecuándose al Protocolo ILE del Ministerio de Salud de la Nación. Como ya dijimos era una gran deuda pendiente que tenía la Provincia en la materia, pero duró sólo algunos días ya que fue vetado por la Gobernadora por entender que, dada la complejidad del tema, debía tener la intervención de otras áreas del gobierno.

Ello fue un golpe fuerte contra los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar de la Provincia (Amnistía Internacional Argentina, ELA 2016) y también contra el propio Programa Provincial que, a partir de ese momento, comenzó a subsistir sin el respaldo político necesario.

Aún así, el Programa Provincial continuó capacitando, comprando insumos y elaborando documentos, quedando registro público de la gestión hasta el primer semestre del año 2017 (Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva 2017).

El 7 de julio de 2017 renuncia la Ministra de Salud, Zulma Ortiz. Si bien desde lo formal se alegó que la decisión obedecía a motivos personales, su ida fue directamente vinculada con la marcha atrás en el Protocolo ILE. De ello, dan cuenta las notas periodísticas de aquel momento (Página 12 2017), (Perfil 2017), (Lara 2017).

Consultados los trabajadores de la salud sobre esta etapa, me interesa destacar que, en general, la califican como una etapa de avances a pesar de encontrarse inmersa en un marco de ajuste y recortes en materia de salud pública a nivel nacional y provincial. Entre las opiniones vertidas en las entrevistas, la de Fernando Daverio, médico gineco- obstetra del Hospital Cestino de Ensenada, resulta muy ilustrativa del parecer general. Al ser consultado, refirió *“todo el equipo de mujeres que ingresaron con Zulma Ortiz, que trabajan en el CEDES, que tienen toda una trayectoria en defensa de los derechos son incuestionables, y para nosotros fue muy importante que ellas comiencen con la gestión; lo que pasa es que fue también una posición que duro poco porque en realidad, los pasos que dieron fueron excelentes pasos, el análisis de situación, notas técnicas, reuniones con todos los profesionales, propuesta de resolución pero cuando llego el momento de bajar presupuesto no tenían respuesta del Estado y cuando se hizo algo que no requería presupuesto pero era fundamental como bajar una norma a todas las consejerías para que cumplan con la ley, el Estado provincial lo que hizo fue dar para atrás la declaración y Zulma se fue, y lo bien que hizo porque en esa situación o te vas, o sos cómplice...”*.

VI.a.3. Tercera etapa: Documentos técnicos 1 y 2, capacitaciones y los ILES sotto voce (Desde Agosto de 2017 hasta Diciembre de 2019)

Luego de la ida de Zulma Ortiz, asume Andrés Scarsi como Ministro de Salud y se coloca al Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable dentro de la órbita de la Dirección Provincial de Salud de la Mujer, Infancia y Adolescencia.

Silvina Ramos renuncia como coordinadora del Programa y el equipo queda sosteniendo el mismo compromiso pero sin dirección hasta que asume María Julia Bruno a cargo del mismo.

Durante el 2017, se publican los documentos técnicos N° 1 titulado “Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres” y N° 2 “El uso de métodos anticonceptivos en la provincia de Buenos Aires”.

A partir de aquel entonces, ya no hay información actualizada de la labor del Programa en la web del Ministerio de Salud, condicionando el acceso a la información oficial que desde agosto de 2017 (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires 2019). Tampoco se han contestado el pedido de acceso a la información pública realizado sobre el tema, obrante en anexo III.

Para caracterizar esta etapa, nos resulta central comenzar con lo expuesto por E.G, abogada feminista e integrante del equipo de la Dirección de Salud Comunitaria, Entornos saludables y No violentos del Ministerio. En junio de 2019, E. manifestó *“Hace aproximadamente un año el Programa de Salud Sexual y Reproductivo está bajo la Dirección de Maternidad y se trabaja sobre todo los marcos normativos”*. Continúa *“...se incorporó una médica que hace ILE. Se convoca a la Dirección de Salud Comunitaria cuando hay que garantizar algo más desde lo legal. Se van a las regiones donde se sabe que hay mas objeción de conciencia”* y así, *“se va resolviendo caso por caso cuando están en un estado de avance importante y se va haciendo una cosa atada por alambre para ver donde se resuelve. Ello da cuenta de que se sabe cuáles son las instituciones que no realizan la práctica. Ha llegado a la Dirección nota de instituciones diciendo que no van a garantizar la práctica a pesar de constituir un incumplimiento de deberes de funcionario público”*. Lo expuesto por E. es coincidente con las respuestas brindadas por los efectores del segundo nivel en la encuesta autoadministrada: a pesar de tener servicio de toco-ginecología, muy pocos (4) han contestado que realizan la práctica.

La falta de publicidad de la información oficial pareciera que obedece más a una directiva política de bajo perfil que caracterizo a esta etapa ya que el equipo del Programa, a pesar de encontrarse debilitado y en una situación laboral muy precaria, trató de seguir interviniendo en pos de garantizar derechos.

Sin perjuicio de ello, a fines de noviembre de 2019 pudimos reunirnos con la Coordinadora del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, quien con la mayor predisposición, informó sobre la labor y el estado de situación de la región con relación al tema. En función de lo expuesto, tomamos como información oficial la surgida mediante la entrevista realizada a María Julia Bruno.

No pudimos acceder a la cantidad de egresos por abortos hospitalarios en la Región, ni al presupuesto ejecutado por el Programa durante estos dos últimos años. Con relación a su gestión, la Coordinadora nos comentó que *–se empezó con una estrategia de hacer capacitaciones en todas las regiones sanitarias, haciendo mucho hincapié en todo el marco legal. Nosotras basamos todo nuestro trabajo en lo que es el marco legal vigente en Argentina: el fallo F;A.L, el Código Penal, las nuevas incorporaciones en el Código Civil y la legislación de la provincia de Buenos Aires que es el Protocolo, el fallo L.M.R, etc. Con esas herramientas legales hicimos capacitaciones grandes, a autoridades de regionales, que viene hacer el director de región, referente regional del programa, los directores de hospitales, jefes de servicio y los equipos. A todos ellos les bajamos la misma información como para que sepan cómo nosotros estamos parados frente al tema y por donde debíamos comenzar a trabajar. Ese marco legal fue nuestra guía para evaluar los equipos que estaban trabajando y los que no estaban trabajando decirles por dónde empezar”*.

Al ser consultada sobre las capacitaciones en la región sanitaria 11, refirió que *“En la región sanitaria 11 fue una región más en la que hicimos estas tareas, primero la reunión grande con todas estas autoridades, y después fuimos a los hospitales a ver como trabajaban los servicios. A nosotras nos gusta ir a dentro del hospital y escucharlos principalmente. Escuchar tanto a los que hacen como a los que no hacen, sinceramente nos sentamos con ellos y los escuchamos y a partir de ahí vamos deshilvanando cuales son los conflictos y de donde los podemos ayudar y acompañar”*. Describió el alcance del acompañamiento brindado por el Programa en los siguientes términos, *–el acompañamiento es desde darle capacitaciones técnicas, después vemos cual es el punto que necesitan y a partir de ahí hacemos capacitaciones a medida y los ayudamos desde el Programa una vez que nos vamos, el acompañamiento sigue estando”*.

En relación al estado de situación de la región, se refirió a la situación de cinco de los Hospitales Provinciales ubicados en La Plata y cercanías. Manifestó que *“En la región 11, tenemos el Hospital San Martín que es un hospital históricamente bastante conflictivo con este tema, históricamente no fue amigable con este tema pero igual fuimos a tener reuniones con la dirección y jefatura del servicio y con los equipos”*. A su vez relató que se fue a capacitar en técnicas de AMEU al Servicio de Tocoginecología. En tal sentido, comentó que Graciela Luquin, la médica tocoginecóloga del Programa, *“...fue a hacer una práctica adentro del servicio y a mostrar algunas técnicas de AMEU y demás. Pudimos derivar algunas pacientes pero con muchos inconvenientes hasta el día de la fecha...”*.

Luego, se refirió al Hospital Gutiérrez como *“un hospital que desde el principio se mostró muy amigable con el tema y sigue siéndolo. Pudimos hacer varias reuniones de estas teóricas como después algunas prácticas concretas con Graciela y parte del equipo donde hasta el día de hoy tuvimos respuestas favorables y seguimos sosteniéndolas y esperamos avanzar”*.

En tercer lugar, se refirió al Hospital Rossi, donde comentó que *“también tuvimos reuniones donde se mostraron bastante abiertos y con ganas de trabajar. Es un hospital que no recibe mucha demanda pero la que recibe sabemos que la está resolviendo”*.

Luego, se refirió al Hospital “Alejandro Korn” manifestando que *“... a partir de la nueva dirección trabajamos super bien con la consejería de salud sexual que trabaja mucho y muy bien y con un jefe de servicio que es excelente con una gran predisposición muy amplia a trabajar con el tema y un equipo grande también. Así que la verdad que trabajamos muy cómodos”*. La voluntad y el compromiso del Hospital con el acceso a la práctica también pueden verse reflejados en las respuestas brindadas a la encuesta auto administrada. Por último, se refirió al Hospital Interzonal “José Ingenieros”, especificando que *“resuelve hasta el primer nivel por la complejidad que tiene, y resuelve mucho”*.

Con relación a técnicas disponibles para realizar la práctica, mencionó, en particular, el aborto medicamentoso con misoprostol. Relató que se aporta *“medicación desde el Programa a la Región, les dimos una entrega y a partir de ahí se distribuye a*

los hospitales. Los hospitales también por SIPACH, que es la forma de compra hospitalaria, pueden comprar el miso200 que es el nuevo misoprostol específico para interrupciones”. Aclara “... lo pueden comprar pero cuando les hace falta, lo necesitan, o tienen algún inconveniente cuentan con nosotros que tenemos un stock para ayudar en las emergencias...”. Nos anticipamos a los puntos siguientes para señalar que al ser consultados los distintos profesionales de la salud entrevistados relataron que el misoprostol aportado es insuficiente y el procedimiento para solicitarlo al Programa resulta sumamente engorroso.

Durante el mes de diciembre de 2019 ya no había misoprostol disponible en el Programa según nos informaron y si bien se había llamado a licitación, no podían asegurar su provisión desde el Programa para los meses siguientes.

A su vez, con relación a técnicas extractivas, Graciela Luquin, médica tocoginecóloga del Programa, manifiesta que “...nos encontramos con que hay mucha desinformación o información vetusta de esto. Los médicos no se capacitan y lo poco que se capacitaron quedo en el tiempo, no saben usar el miso 200, no saben usar el misoprostol, no saben cuantas son las dosis, los tratamientos, cuanto se espera para la expulsión, si se interna o no, todos esos temas los tocan de oído básicamente o que una vez les contaron, pero la mayoría no están capacitados puntualmente y la técnica de AMEU la tienen como una técnica aislada lejos, y para patologías no para interrupciones...”.

En las últimas dos etapas señaladas, otra actora importante dentro del Ministerio de Salud fue la Dirección de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y no Violentos, a cargo de Carmen Storani, quien junto a Verónica Spinelli y su equipo, estuvieron siguiendo distintas situaciones de interrupción legal del embarazo.

De Programa asume el rango de Dirección en el año 2017, pero como Programa precisamente se creó a partir del fallo V.D.A. Entrevistada E.G, integrante de la Dirección, comenta “...En 2017 cambia a Dirección que implica que tendría más presupuesto pero ello no fue así. La composición de la dirección es bastante irregular, todas tienen nombramiento en otros lugares del ministerio. No teniendo estabilidad en los cargos. Las del equipo móvil tienen todas contratos PNUD”.

Durante abril de 2018, fue muy significativa y con fuertes repercusiones la intervención de Carmen Storani en el debate parlamentario por la interrupción voluntaria del embarazo.

Pero aún así, y sin perjuicio del compromiso de varias funcionarias públicas y trabajadore/as del Ministerio de Salud con garantizar el acceso, como veremos en los siguientes acápite, según la percepción de los trabajadores de la salud de la región, la intervención del Ministerio de Salud en pos de sus obligaciones quedó a medio camino.

En diciembre de 2019, se renovaron las autoridades provinciales y así también quienes tienen a cargo el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, a pesar de que se han mostrado comprometidos con garantizar el acceso a la práctica, han informado que no se cuenta con presupuesto para su efectivización, solicitando capacitaciones ad honorem a cargo de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

VI.b. Un tejido que garantiza derechos

Como hemos adelantado, en los últimos 5 años ha tenido lugar en la región la configuración de un tejido integrado por trabajadore/as de la salud del primer y segundo nivel de atención, activistas feministas, socorristas e integrantes de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en pos de garantizar la práctica a mujeres y personas con capacidad de gestar que lo requieran.

Este armado se configura dentro de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir La Plata, Berisso y Ensenada y se localiza en centralmente en los tres distritos señalados, pero reciben demanda de toda la región sanitaria N° 11 y de otras regiones. Han logrado tener más incidencia luego de la “Marea Verde”, siendo consultados directamente por el Programa Provincial en los últimos tiempos.

La “Marea Verde” instaló en la agenda pública que se trata de una cuestión de derechos y les otorgó mayor legitimidad en su actuar. Mucho/as trabajadores de la salud se vieron interpelados por el reclamo e inclusive por sus propias hijas. Comenta M., trabajadora social del Hospital “Gutiérrez”, “... *este año logramos mover mucho, marea verde de por medio, toda la movida aborto, ginecólogas que se sensibilizan con la temática, ginecólogas madres con hijas adolescentes que se ve que les han quemado el bocho (...) se reforzó un sector anti derechos fuerte por un lado en el hospital, pero por el otro lado empezamos a ver ginecólogas dispuestas a dejar de ser objetoras de conciencia...*”.

Durante 2019 en el Hospital Gutiérrez, algunas ginecólogas del servicio de toco – ginecología se comprometieron a realizar ILE a partir de las 12 semanas en articulación con la Consejería del Hospital, siendo un servicio que históricamente se ha presentado como objetor. A su vez, en el Hospital de Gonnet también se han integrado nuevas profesionales dispuestas a realizar la práctica. El Hospital San Martín, luego de años de lucha por parte de su servicio social, se armó con una consejería y han comenzado a realizar la práctica. El Hospital “Alejandro Korn” de la localidad de Melchor Romero, a partir del cambio en su dirección, absorbe parte de la demanda de

ILES hasta más de 14 semanas de la región y de otras regiones sanitarias, conforme ha dejado constancia en la encuesta autoadministrada.

En los últimos dos años, se han creado consejerías en varios hospitales de la región (entre ellos, el Hospital –Alejandro Korn” de Melchor Romero) y se encuentran en proceso de armado en Chascomús y Brandsen.

A partir de este armado ya no se sienten tan solo/as ya que se encuentran articulados entre sí y otros profesionales se han sumado en línea a garantizar derechos, pero coexisten con un sector antiderechos muy fuerte que ocupa lugares claves en las jefaturas de servicio de hospitales, la Secretaria de Salud municipal y colegios profesionales que se oponen a la práctica.

Al ser consultados por el estado de situación en la Región en los últimos años, las respuestas de los trabajadores de la salud tienen puntos de encuentro: si bien reconocen que hubo avances en el acceso al derecho los mismos son insuficientes (aún la mayoría de las mujeres y personas con capacidad de gestar de la región no acceden), faltan recursos humanos en los hospitales, la creación de nuevas consejerías en hospitales provinciales de otros distritos y en centros de salud del primer nivel de atención para mejorar la accesibilidad, misoprostol para realizar la práctica y capacitación con carácter obligatorio a todos los efectores de salud.

Por otro lado, se les consulto a los trabajadores sobre el apoyo estatal recibido en este último tiempo desde el Programa Provincial. La mayoría manifestó que, a pesar de existir un cierto avance, no se han sentido acompañados en tal tarea y que aún faltan políticas públicas con continuidad y presupuesto.

Por último, entre los actores claves para impulsar transformaciones y garantizar derechos, se han ubicado los residentes. Las Consejerías, como veremos en los acápites siguientes, se han conformado a partir del impulso de las residencias.

En tal sentido, Graciela Luquin, médica del Programa, refiere que es estratégico capacitar y trabajar con los residentes ya que *“si no trabajamos con los residentes estamos trabajando con un tercio del equipo real”*. Además trabajar con los residentes, en sus palabras, implica *“trabajar con el futuro. El problema es que esos residentes que salen de esos hospitales como el nuestro que son muy obstrutores y objetores, replican*

cuando salen de ahí lo mismo. Nos ha pasado con hospitales donde son de la época del protomedicato, el director es un patrón de estancia, el jefe de servicio tiene voz y no se le puede discutir nada, cuando salen esos residentes de ahí replican el modelo que traen y van a hospital como jefe de servicio y te dicen acá no se hacen”.

En el mismo sentido, lo señala Fernando Daverio, *“hay residentes que es gente joven, que entiende que es un derecho y lo tienen que garantizar pero el hospital de manera ilegal no les permite capacitarse en ese tema. Estas cuestiones son un desastre porque en realidad la residencia es autónoma en la capacitación no depende del hospital pero hay mecanismos de presión que impiden que se pueda consolidar la capacitación”.* Capacitar a las residencias a acceso a ILE desde una perspectiva de derechos resulta fundamental para poder garantizar la práctica y evitar prácticas obstructivas y violentas hacia quienes se acercan al sistema de salud.

En el punto en desarrollo pretendimos exhibir, en términos generales, la situación de la región a partir de la opinión de los integrantes de esta Red que desarrollaremos con más detalle en los puntos siguientes.

También para diagramar el estado de situación en el segundo nivel de atención, quisimos tomar las respuestas a la encuesta autoadministrada dirigida a los directores ejecutivos de los Hospitales Provinciales, pero nos encontramos con que sólo cuatro efectores reconocieron realizar ILES a pesar de contar con servicios de toco – ginecología. 8 efectores no contestaron el punto y el resto no contestaron directamente la encuesta a pesar de ser enviada en reiteradas oportunidades, considerando los cambios de autoridades sucedidos en diciembre de 2019.

Resulta por demás llamativa la contestación del Hospital “Grierson”, donde la Dra. Susana Luciano, quien se identifica como Jefa de Sala y a cargo de ILE, contestó *“Con respecto a la información no puedo enviártela ya que también es tema de investigación para nosotros y la utilizarnos en nuestros trabajos científicos”.*

La información era de carácter público y las preguntas estaban construidas desde un enfoque de derechos, presuponiendo la obligación en cabeza de sus destinatarios de realizar las ILES. A pesar de ello, aún parece que el tema se encuentra contaminado de la clandestinidad y el estigma.

Quinta parte: Lxs que ponen el cuerpo

VII. Lxs que le ponen el cuerpo

En los siguientes acápite desarrollaremos la problemática abordada a partir de las Consejerías, la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir La Plata, Berisso y Ensenada, las Socorristas – en particular, la Colectiva “Las Bravas” - y la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, tomando en particular consideración las experiencias narradas por las tres mujeres entrevistadas que solicitaron el acceso a la práctica.

Se trata, a nuestro entender, de las 4 columnas que sostienen el acceso a la práctica en la Región, articulando y exigiendo a las autoridades del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

Como dijimos, este armado entrecruza el primer y segundo nivel de atención de la salud, las competencias municipales y provinciales, así como también la función pública y el compromiso social y feminista militante de sus integrantes.

Todo se entreteje teniendo como única meta garantizar derechos, atravesando las barreras y violencia institucional de los efectores resistenciales. De ello, dan acabada cuenta los relatos de M., P. y N., quienes en distintos momentos temporales del lapso investigado debieron acceder al sistema de salud público en pos de ver garantizados sus derechos.

VII.a. Las Consejerías: trincheras amigables y respetuosas de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar

Las consejerías de aborto tienen su origen desde el movimiento feminista en contextos donde el aborto se encuentra criminalizado. Las consejerías surgidas en América Latina, responden a, al menos, dos enfoques y objetivos diferentes. Joffe (2013) explica que durante los 70' en los Estados Unidos surgieron dos modelos de asesoramiento. Uno, el de incidencia y militancia, liderado por activistas feministas, que entendían su trabajo como fundamentalmente político e inseparable del movimiento de liberación de las mujeres. El otro, el modelo sanitarista, dirigido por profesionales de la salud, que enfatiza las técnicas de asesoramiento, y coloca los sentimientos de la paciente y el deber de información en el centro de la experiencia del aborto.

En nuestra región han ido adoptado distintas nominaciones, de forma estratégica, según las épocas y distintos contextos atravesados. Así, se han llamado Consejerías en reducción de riesgos y daños, Consejerías en Salud Integral, Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva y Consejerías Pre y Post aborto.

En la Región nos encontramos con Consejerías en los siguientes efectores de salud: el Hospital “San Martín” de La Plata, el Centro de Salud “Sandra Cabrera”, de La Plata, el Centro de Salud “Padre Cajade” de Ensenada, el Hospital Gutiérrez de La Plata, el Hospital Subzonal “José Ingenieros”, de la localidad de Melchor Romero, La Plata, el Hospital “Alejandro Korn” de la localidad de Melchor Romero, de La Plata, el Centro de Salud N° 41, de Altos de San Lorenzo, La Plata, el Centro Cultural “María Emma Coroba” de Punta Lara, el Centro de Salud N° 44 “Ramón Carrillo” de Berisso y en proceso de armado se encuentra una consejería en el Hospital Municipal “Francisco Caram” de Brandsen y en Chascomús.

Son de pertenencia tanto provincial como municipal. Desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir se difunden con sus teléfonos y direcciones para que quienes lo requieran puedan acceder a ellas.

VII.a.1. Su conformación y estrategias de intervención

La mayoría de ellas comenzaron a funcionar como Consejerías en reducción de riesgos y daños ante embarazos no planificados, motorizadas centralmente por el servicio social de los centros de salud, apoyadas, entre otras cuestiones, en la experiencia de la organización Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto que desde 2009 venían acompañando para que *“todas las mujeres podamos abortar donde más nos convenga, en el hospital, por obra social o en nuestra casa”* (Mines, y otros s.f.), con una línea telefónica pública y fácil acceso y en un libro que resultó disparador titulado *“Cómo hacerse un aborto con pastillas”* (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto 2010).

Del libro emergieron varias de estas experiencias, aun recordamos cómo en el Encuentro Nacional de Mujeres de Paraná hicimos cola para obtener un ejemplar. Según sus autoras, *“El libro está dirigido a lxs que quieren saber cómo hacerse un aborto con pastillas, y no a lxs que quieren discutir si abortar está bien o mal. Será por eso que se distribuyeron 3000 en los 2 días del ENM de Paraná, en un año se distribuyeron los 10.000 ejemplares impresos, es el best seller en la historia de las editoriales independientes. Lleva más de 200000 descargas de Internet, contando sólo las 4 webs que lo colgaron originalmente. En 2012 salió la segunda edición, sea una publicación que resulto disparadora de la experiencia”* (Mines, y otros s.f.:25-27).

Así llegó a trabajadoras de la salud inmersas en las luchas feministas y comprometidas con los derechos de las mujeres. Las pioneras en la zona fue el equipo de salud del Hospital Subzonal *“José Ingenieros”* a partir de la iniciativa de sus integrantes. La experiencia de conformación de esta primera Consejería fue narrada por sus protagonistas en las entrevistas realizadas.

Al ser entrevistada sobre cómo surgió, J., trabajadora social del Hospital Interzonal José Ingenieros, recuerda *“... no sé cómo nos llegó la información desde Azucenas de este manual de cómo hacerse un aborto con pastillas y hacían la presentación del manual y ahí la conocimos a Vero Marzano, hicimos el contacto y a su vez, Capital ya tenía dentro de algunos CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud) y nos contaron su experiencia...”*. Luego, *“...paralelamente viene una médica generalista también que hacía y Vero, quien nos hizo un par de entrevistas porque*

estaba haciendo un trabajo y en una de esas nos pregunta sobre nuestro trabajo, ¿y uds. qué onda?, ¿Por qué no hacen?, y nosotras trabajamos así como algo re copado, nos dijo pero hagan consejerías y así se implementó...”. Recuerda que la referente de Lesbianas y Feministas le dijo “escúchame querida, esto lo hacían las mujeres sin permiso de nadie, no lo vas a ser vos que por lo menos puedes leer”.

M, trabajadora social de la Consejería del Hospital Gutiérrez, también ubica como hito el libro de Lesbianas y Feministas y refiere que es *“desde trabajo social al no poder acompañar medicamente, se comienzan a dar estas estrategias de acompañamiento, de visibilización y de capacitación, de presentar informes, de llamar al Programa”.*

Sobre esa conexión que implicó comenzar con la experiencia en La Plata y alrededores, J., trabajadora social del Hospital Interzonal José Ingenieros, relata *“En 2010 las lesbianas, nosotras – se refiere a parte del equipo de salud del Hospital - y las Azucenas hicimos en el rectorado un encuentro de relatos de experiencias, donde vinieron las chicas del Argerich que también tienen un consultorio de adolescentes, que son las de FUSA (...) empezamos hacer el espacio de la mujer acá, el espacio en términos no asistenciales sino como espacio de salud de la mujer. Hicimos capacitaciones en un montón de lugares, de sensibilización. Ahí empezamos a articular con un ginecólogo de Romero, que cuando se le corría el coagulo volvía todo para atrás y fue recién con el surgimiento de la Red (se refiere a la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir) se fueron animando mas hospitales, el Gonnet...”. Relata que comenzaron a realizar interrupciones a partir de *“una situación quiebre de una mujer, que le ligan mal las trompas en Romero y queda embarazada, y era paciente de Julia, Julia me dice qué hago, nosotras hacía muchos años con Las Azucenas habíamos organizado en trabajo social, en 2004 o 2005 ya no me acuerdo, con Zulema Palma una capacitación sobre el uso de misoprostol pero no se usaba como se usa ahora...Lo hicimos así con esa paciente y así empezamos...”.**

M, enfermera del mismo centro, recuerda esos primeros tiempos y cómo comienza la demanda a partir de las mujeres que llegaban al centro de salud, *“... nos dimos cuenta que las mujeres venían a consultar por la interrupción del embarazo y que no teníamos mucha respuesta más que la individual (...) en las instancias*

*interdisciplinarias empezamos a manifestar a mi me consulto tal persona, a mi tal otra, era más común de lo que pensábamos, era un emergente más de lo que sucedía en el barrio que no teníamos bien visualizado e individualizado. Si bien desde el momento cero le dimos como prioridad a la anticoncepción, veíamos que eso estaba medio flojito. **En 2008, 2009 empezamos a formarnos todos, aun los que no estaban a favor de la interrupción** porque teníamos un enfermero que era testigo de Jehová que no estaba a favor pero **nos empezamos a formar para poder vehicular esa demanda como cualquier otra demanda. A partir de ahí empezamos a hacer las consejerías**". Con relación al modo de intervención, refiere "En principio las hacíamos medio solitos, cada uno en su ámbito, en su consultorio y creo que fue en 2012, 2013 empezamos a hacerlo interdisciplinariamente, también porque éramos muy reciente y las distintas disciplinas mas sociales, como trabajadoras sociales, sociólogos empezaron a caer en esa época. A partir de ahí hacemos consejerías en lo que llamamos duplas, tratamos de que sea alguien del área biomédica y alguien del área psicosocial".*

Por su parte, Julia Gatica, médica generalista y directora del Hospital Interzonal –José Ingenieros”, se posiciona y comenta “...Algunas más ya paradas desde el feminismo, algunas todavía no, algunos parados en objeciones personales o religiosas, pero como equipo tuvimos que asumir que esto es un problema de salud pública y nos pusimos a estudiar...”.

Resulta significativo el recorrido de la Consejería puesto en palabras de sus integrantes. Julia Gatica refiere “...Humildemente a estudiar, ese fue el recorrido que tuvimos en este hospital. Nos pusimos a estudiar todos, enfermeros, administrativos, médicos/as, empezamos a leer, empezamos a ver la experiencia uruguaya, la de México, las experiencias en Cuba... **empezamos a ver desde el feminismo, el paradigma de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, y la verdad que eso cambio totalmente nuestra práctica.** Es como se dice pasas el río y salís mojado, es así. Entonces quienes tenían sus objeciones religiosas comprendieron que eran propias, que eran para su propia persona y cuerpo y nada más y que eso no obstruía de ninguna manera la atención ya que la problemática del aborto inseguro es una problemática en salud pública (...) Entonces en un primer momento, cuando estábamos naciendo o llegando a distintos protocolos o llegando al resonado caso

*L.M.R, llegando a los protocolos de 2012, 2015, después al famoso fallo F; A.L, al encontrarnos con desdichadas historias, como L.M.R, como la del caso F;A.L, como la tremenda de Ana María Acevedo **todo eso nos dijo que el camino era el de garantizar derechos...**”.*

Y ese camino de garantizar derechos se fue abriendo en la región a partir de la labor del equipo de salud del José Ingenieros. Entrevistada M, trabajadora social que se desempeñó primero en el Centro de Salud de Berisso y luego, en la consejería del Hospital Gutiérrez, recuerda que *“las experiencias empezaron en el José Ingenieros con la medica Julia Gatica que empezó a hacer acompañamiento (...) muchas de las consejerías nacieron como comité de ética y de violencia de los hospitales, en algunos comité de bioética, iban los curas. Hay una disputa enorme desde la trabajadoras que han ido ganando porque antes los informes de situaciones de violación, por ejemplo, se presentaban a los comités de bioética y entonces se fue pensando en la creación de comité de violencias, pero son estrategias muy distintas que se ponen en juego...”*.

Así, comenta con relación a la creación de la Consejería en el Centro de Salud N° 44 de Berisso, *“Nosotras arrancamos en la residencia del PRIN de Berisso que era una residencia integrada, eso fue 2012. Y se empieza a visualizar desde el equipo de residentes la necesidad de acompañar situaciones de ILE Se contactaron con el José ingenieros para hacer rotación. No estaban dadas las condiciones pero cuando vuelven de las rotaciones y se empieza a disputar para hacer desde ahí desde el centro con mucho acompañamiento de todo el centro de salud”*. Así comenta, *“En el primer nivel, fue más empezar a pensar en el acompañamiento en reducción de riesgos y daños con algún tipo de consejería que brindaba información segura con capacitaciones con colectivas feministas, no estaba garantizado nada desde el sistema de salud. Esto fue en 2012, se toma desde el centro de salud, hay médicas generalistas que se suman y se toma como proyecto institucional de la residencia por reducción de riesgos y daños. Empezamos a ver cómo empezar a difundir, que estrategias para dar a conocer en el barrio pero no con la legitimidad de un espacio de acompañamiento de aborto, se empieza hacer una consejería en salud sexual integral, se empieza a articular con organizaciones sociales del barrio (...) Se empieza a dar esa discusión en toda la residencia. Ello continuo, se fue fortaleciendo y de reducción de riesgos y daños se paso a ILE...”*

Luego se sucedió la creación de la Consejería en el Hospital Gutiérrez en el 2015, pero las estrategias para su consolidación fueron distintas. Refiere M., integrante de la Consejería, *“Luego vuelvo en el 2015 al Hospital Gutiérrez, al área de servicio social y ahí empezamos y nos encontramos con un compañero medico del grupo de Berisso, con otro compañero de trabajo social también de ahí y surge como un necesidad de la residencia en medicina general de hacer algo con el tema de aborto, ellos hacían un acompañamiento muy clandestino en el centro y se había filtrado con una denuncia y dijimos, ¿qué hacemos en el hospital?”*.

El recorrido previo en el centro de salud de Berisso y la experiencia y relación con el “José Ingenieros” ayudo a pensar cómo abordarlo institucionalmente. M. comenta *“...veníamos de la experiencia de la salita donde veníamos con un trato cotidiano con la partera y el médico a un hospital donde yo considero que hay una matriz conservadora muy alta, 90 % de los profesionales, con un servicio de gineco obstetricia ultra conservador, misógino y violento, donde la situación del aborto estaba para nada garantizado, ni planteado ni nada. La estrategia fue otra, formémonos y armemos un proyecto y hagamos una presentación lo mas institucional posible...”*.

De esta manera, la Consejería se fue instalando. M. relata *“...armamos el proyecto, lo hicimos firmar por todos los servicios, nos capacitamos, empezamos a hacer formaciones, a tener reuniones, armamos una historia clínica, recuperamos la de Berisso en coordinación con Ingenieros y Berisso, y empezábamos a formar parte de la red de Consejerías de La Plata, Berisso y Ensenada, previo a la red de profesionales...”*.

En ese entonces también desde el Hospital Cestino de Ensenada se arma un comité para la intervención en situaciones de ILE, garantizándose las prácticas en el segundo nivel de atención y luego aparece la Red de Consejerías de La Plata, Berisso y Ensenada que luego, en 2015, se fusionó con la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

Resulta sumamente interesante indagar sobre los procesos y las distintas estrategias que se fueron dando en las distintas etapas para poder garantizar derechos en el marco de un hospital general que resultaba completamente hostil. En tal sentido, queremos recuperar la experiencia de la Consejería en Salud Sexual Integral del

Hospital Gutiérrez. M, trabajadora social de Hospital, comenta “...nosotras recuperamos la estrategia que aparezca como consejería en salud sexual integral, lo planteamos en esos términos, y armamos un proyecto con la cuestión más normativa, mencionando las leyes, mencionando las causales, y mencionando el enfoque de reducción de riesgos y daños y arrancamos la consejería con esta reducción de riesgos y daños y en los casos muy evidentes de ILE lo presentamos como tal al Programa. Nosotros funcionábamos como consejería aislada del hospital, no teníamos respuesta del servicio de gineco”.

Otra estrategia tomada desde la Consejería fue armar un comité de ILE. Comenta M. “Eso fue una propuesta que se hizo en Ensenada (...) Convocamos a una reunión de comité de ILE, necesitábamos aliadas porque si no nos quedábamos solas, entonces convocamos a la abogada del hospital, a la dirección, a farmacia, a jefa de pediatría que teníamos apoyo, al servicio de salud mental que teníamos apoyo, al jefe de farmacéutica, al servicio de gineco. Nos armamos una red de acompañamiento y pusimos las pautas nosotras: no se van a discutir las situaciones ya que para eso esta la Consejería que es la que certifica la causal, el Comité es para identificar cuáles son los obstáculos y trabajar las barreras de acceso, nosotras como consejería identificamos estas, uds?”. Y así se empezó abordando lo relativo a métodos anticonceptivos que era el punto donde existía mayor acuerdo y era el más permeable para trabajar junto con el servicio de ginecología.

M. relata la conversación con el servicio de ginecología dentro del Comité “...Entonces dijimos uds. se plantean objetores y se niegan a resolver abortos pero ¿qué pasa con los métodos anticonceptivos que están bajo llave?, ahí ellos lo negaron e intentaron dar explicaciones y ahí tuvieron que empezar a laburar métodos anticonceptivos...”. Continúa “les preguntamos ¿uds. están colocando DIU?, nos contestaron que no colocan DIU en las guardias ni post parto, en las condiciones en las que van a parir ahí, nadie vuelve un mes después a colocarse un DIU ahí, imposible, o lo mismo con las ligaduras, con los anticonceptivos, que pasa con los intradérmicos, arrancamos con eso desde el comité”.

Para ello se convocó al Programa Provincial, quienes hicieron una supervisión sobre métodos anticonceptivos, marcando pautas claras de proceder con relación a los

métodos e hicieron una capacitación sobre el tema en mayo de 2019. A partir de ese momento, comenta M. *“logramos destrabar que haya anticonceptivos, que abran otro consultorio mas de planificación familiar y que **cualquier piba que este internada post parto que quiera un método anticonceptivo se va con el método. Lo que vinieron a decir las del programa fue el método anticonceptivo es una práctica de emergencia, de urgencia y en esa línea ordenaron la intervención anticonceptiva. Va una piba a consultar por un anticonceptivo, se tiene que ir con el método, no tiene que volver en una semana. Eso cambió el enfoque y fuimos hablando con estas compañeras ginecólogas dispuestas a acompañar, que cuestionaban el tratamiento de las anticonceptivos, y en septiembre tuvimos la primer resolución de ILE, un caso de 17 semanas y a la otra semana, uno de 18 semanas...***”. Recién a mediados de 2019, lograron coordinar con ginecólogas del servicio dispuestas a enfrentar a la jefa de servicio y garantizar las interrupciones legales del embarazo a partir de las 12 semanas.

En el Hospital San Martín, por ejemplo, la situación fue otra. Si bien desde el área de servicio social del Hospital hay referentes sumamente comprometidas con los derechos de las mujeres, las resistencias al interior del Hospital son muchas. Andrea Barcaglioni, trabajadora social que trabaja hace más de 20 años en el Hospital, relata *“Los jefes del servicio son como señores feudales y nadie puede decirles lo que deben hacer (Vázquez 2016)”*. Recién en los últimos dos años, se pudo instalar la Consejería pero la mayoría de las interrupciones de más de 14 semanas son derivadas a otros efectores amigables ya que el servicio de ginecología se define como objetor en su totalidad.

Se trata del Hospital que obstruyó el acceso a la práctica a L.M.R, vulnerando sus derechos. Pero a pesar del pedido de disculpas públicas de la Provincia en el caso, A. comenta *“Acá el protocolo nunca se aplicó. Ni siquiera el provincial que es más restrictivo. Los médicos no lo conocen. Establece que no puede haber objetores de conciencia institucionales, pero los dos servicios involucrados son objetores. Esto es ilegal desde donde lo mires”*.

Después de la ~~mare~~ “marea verde”, se fueron conformando otras Consejerías ya denominadas en Salud Sexual Integral, en salud sexual y reproductiva y pre y post – aborto. Relata M., trabajadora del José Ingenieros, *“...Después de lo que fue la ola*

verde, la presentación del proyecto, este último año y medio. Nos dio más poder para poder exigir o pedir. Antes la situación era más clandestina... eso nos dio una legitimidad que no teníamos. Pusimos por primera vez un cartel que decía que hacíamos consejería pre y post aborto post debate en el senado del proyecto de IVE... ”.

En tal sentido, podemos mencionar la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el Hospital –Alejandro Korn” de la localidad de Melchor Romero, de La Plata, contando con disposición de creación que data de mayo de 2019. En el marco de la encuesta autoadministrada, se consultó a los distintos Hospitales Provinciales sobre la existencia de Consejerías y sólo la dirección ejecutiva de este Hospital contestó sobre el ítem, observándose resistencias por parte del resto de los efectores. En el marco de la encuesta, la directora ejecutiva informó que la Consejería cuenta con disposición de su creación y que actualmente no sólo se da respuesta a la demanda de la región, sino de otras regiones sanitarias también.

También a nivel municipal funciona el Centro de Salud N° 41, de Altos de San Lorenzo, La Plata, donde las trabajadoras se encuentran bregando por garantizar el acceso al aborto legal a pesar del hostigamiento de la propia Municipalidad que desalienta su labor. Si bien excede el marco de esta investigación, entendemos fundamental comentar sobre su estado de situación.

Actualmente, se encuentran en proceso de conformación consejerías en salud sexual y reproductiva en los Hospitales Municipales de Coronel Brandsen y Chascomús.

VII.a.2. Reconocimiento estatal

A partir de septiembre de 2015, las Consejerías son receptadas como –Consejerías en reducción de riesgos y daños” en situaciones de embarazos no planificados en el capítulo II de la Ley Provincial 14738 (Ley Provincial 14738 2015)

En el texto legal fueron definidas como –el dispositivo de salud encargado de brindar un espacio de escucha, contención y asesoramiento a la mujer en situación de

embarazo no planificado, basado en información legal, públicamente accesible y científicamente respaldada, orientada a la prevención de riesgos y daños por la práctica de abortos inseguros y al cuidado de la salud integral de la mujer” (artículo 9).

Según la normativa, el asesoramiento integral prestado en el marco de las consejerías se funda en los siguientes derechos: –a) El derecho a solicitar y recibir información sin discriminación; en particular, el derecho de acceso a información confiable, completa, oportuna y accesible en materia sexual y reproductiva; b) El derecho a la salud sexual y reproductiva sin discriminación, en particular, el derecho de acceso a los servicios de atención integral de la salud sexual y reproductiva en los que se incluye, el acceso a los servicios para la atención de abortos no punibles; c) El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica; y, d) El derecho a la autonomía personal”.

Con posterioridad, en 2017, a partir del Documento Técnico N° 1 del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva comienzan a ser reconocidas como –Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva”.

Al ser consultada la Coordinadora del Programa Provincial en Salud Sexual y Reproductiva, María Julia Bruno, sobre el lugar de las Consejerías, manifestó *“Las consejerías son vitales. Sin consejerías no podemos empezar a hablar del tema. Es el primer eslabón, es la superficie de donde nos paramos para que una usuaria tenga el ingreso oportuno, eficiente y legal a la ILE si estamos hablando de ello. Una consejería puede dar salud sexual integral en lo que la usuaria u usuario necesitan, es un ámbito de información genuina y oportuna de lo que la persona venga a buscar. Sin la consejería no podemos hablar de un servicio óptimo. Para nosotros es vital...sin la consejería no se habilita la interrupción legal. Después viene todo lo demás pero el principio y la base es la consejería...”*.

VII.a.3. Abordaje de situaciones

Al ser entrevistada la abogada feminista E.G, integrante del equipo de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria y Entornos Saludables y No Violentos, refirió –.las consejerías están en la trinchera y han logrado que, mediante el

conocimiento, medicas objetoras sean parte de la consejería”. Compartimos tal afirmación ya que, conforme pudimos analizar, se configuraron en la trinchera en el sistema de salud que ha permitido comenzar a hacer efectivas las prácticas generando conciencia de la disponibilidad de la atención, en términos de garantía de derechos, desde el sistema de salud. La instalación de una Consejería implica de por sí el reconocimiento de que el Estado debe informar y dar a conocer sobre el alcance de los derechos involucrados y también es, a partir de la consejería, que se asegura la accesibilidad a los mismos.

Si bien la realidad de cada una de las Consejerías de la región no es uniforme ya que dependen de las condiciones estructurales de cada una de ellas, de su localización, de su recepción dentro del efector de salud, de su reconocimiento institucional, de su composición y los recorridos propios de sus integrantes, del apoyo de la dirección del hospital y la relación con los otros servicios del mismo efector, entre otros factores, el modo de intervención se encuentra estructurado.

Ello fue delineado a partir de otras experiencias al comenzarse a organizar dentro de la Red de Consejerías de La Plata, Berisso y Ensenada en un primer momento y luego, en la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. Así entre todxs, fueron construyendo una línea de intervención e ir sorteando los distintos obstáculos por los que atraviesan.

La mayoría de las Consejerías se encuentran integradas por trabajadora/es sociales, psicóloga/os, enfermera/os y medica/os generalistas. También algunas cuentan con médica pediatra como el caso del José Ingenieros, médico/as gine – obstetra e inclusive con una odontóloga. La mayoría son mujeres. Relata una de las entrevistadas ~~Hay~~ hay un imaginario social al respecto, pero no es que son todos médicos, de hecho se pelea mucho el saber hegemónico médico y por eso justamente las consejerías de salud sexual integral están conformadas por una persona de trabajo social, una de psicología y una de medicina general. Entonces ese equipo interdisciplinario es el que hace la consejería, no es que hay un obstetra o ginecólogo”.

Se accede a las Consejerías apersonándose en el sitio los días señalados o bien, solicitando turno telefónicamente. La cantidad de turnos varía según la capacidad, rondando entre 30 y 10 turnos semanales cada una de ellas. Incluso en el caso de los

Hospitales San Martín y Gutiérrez se indica desde donde debe accederse para no cruzarse en el camino con algún/a trabajador/a de la salud obstructor.

La intervención suele estar estructurada en tres momentos con diferencias en caso de tratarse de un efector del primer nivel de atención o del segundo nivel de atención.

El primer momento consiste en una entrevista con la persona para conocer su situación, informarla sobre sus derechos, enmarcar en la causal correspondiente y llenar su historia clínica. M., integrante de la Consejería del Hospital Interzonal “José Ingenieros” refiere “Nosotres la práctica no la realizamos porque la interrupción en el primer nivel se hace de forma ambulatoria, lo que hacemos es dar información y en caso de encuadrarse en una ILE le garantizamos la medicación y si no, hacemos reducción de riesgos y daños. Pero la verdad que, el último semestre de 2019, la reducción de riesgos y daños quedo muy disminuida porque el protocolo te permite enmarcar bastante en lo que es interrupción legal”. En los últimos dos años, y a partir de haberse instado el acceso al aborto legal como una cuestión de derechos humanos, se entiende la causal salud en función de la definición de la OMS como salud bio-psico-social, permitiendo enmarcar, en función de la perspectiva pro persona, todo embarazo no deseado en una ILE.

Debe también destacarse que, a partir de una estrategia definida por la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, siendo que no hay disponible medicación suficiente para la realización de todas las intervenciones que llegan, se comenzó a prescribir desde las Consejerías el misoprostol para ILE, facilitándose que la mujer o persona con capacidad de gestar pueda ir a comprarlo a la farmacia o bien, en caso de una complicación llegar a una guardia con la certificación de que está realizando una ILE.

La entrevista se realiza en duplas integradas por un integrante del sector biomédico y otro del área psico- social. Relata M., enfermera de la Consejería del Hospital “José Ingenieros”, *“Las consejerías están estructuradas y todas tenemos la misma estructura: la primera entrevista con la mujer, ahí se llena esa planilla con algunos datos que tiene que ver con cómo llego, si usaba método anticonceptivo, cuántos hijos tiene, el grupo y factor sanguíneo y si esta acompañada o no, a nosotros*

nos es importante si la mujer cuenta con algún tipo de red. Lo que mayormente hacemos es tratar de armar con la mujer esa red, cosas que por ahí a veces no tienen relación directa con la ILE en sí, pero si ayuda a que la mujer atraviese ese momento mas contenida”.

Otras cuestiones que se toman en cuenta es *–Si tiene plata para la SUBE, si tiene que llamar un remis, si ese remis tiene acceso a su domicilio porque en realidad son calles de tierra, si tiene alguien que le cuide los pibes, si tiene alguien que este atenta con ella acerca de cuáles son los motivos por los que debería ir a una guardia, todas esas cosas que no tiene que ver con la interrupción en sí misma pero es necesario armarlo porque en el momento de desesperación no se tienen en cuenta, si tiene baño, si tiene una habitación como para transcurrir las 6 o 9 horas que va a durar el proceso en tranquilidad”.* Se trata de cuestiones en palabra de M. que tienen que ver más con el armado en general.

En un segundo momento de la intervención, se realiza la ecografía y según su estadio gestacional, se explica cómo proceder con misoprostol de forma ambulatoria en caso de que sean menos de 12 semanas de embarazo o bien, se solicita la intervención del efector amigable – o del servicio de ginecología - para la realización de la práctica a partir de las 12 semanas. En los primeros 2 años investigados, en situaciones de segundo trimestre sólo realizaban la práctica en el Hospital Cestino de Ensenada y por parte del equipo móvil que pertenecía al Programa Provincial.

Luego, hay un tercer momento donde se da seguimiento de los resultados de la práctica, con una ecografía y con se procede a decidir junto con la persona y colocar un método anticonceptivo. Con relación al tercer momento, M., enfermera del “José Ingenieros”, comenta “... las llamamos y le preguntamos cómo le fue telefónicamente y tratamos de que vengan, lo cierto es que no vienen mucho al control post aborto, tenemos un número muy bajo de control post aborto, si de control telefónico porque nosotras llamamos...”. Sobre las razones para eso, M. refiere que “...tiene que ver mucho con que no quieren volver al lugar, que hay muchas vecinas que las conocen, no sabemos muy bien cuáles son las causales pero todas las que vienen se van con el método anticonceptivo elegido o aplicado según lo que corresponda y ahí termina

nuestra intervención. Hacemos mucho hincapié en el método anticonceptivo, en elegir el mejor método que a veces no es el que quieren sino el que más le convenga... ”.

Sobre la experiencia en las Consejerías, fueron consultadas M. y N. M. comentó *“no sabía qué hacer, con una amiga íbamos a pedir un préstamo para poder hacerme el aborto, y ella se entera de que en el José Ingenieros ayudaban (...) llegamos, esperamos, cuando nos reciben dos mujeres, me trataron con respeto, me escucharon y ya me desahogue (...) no podía dejar de llorar, les conté lo que me había pasado y me explicaron que tenía derecho”.* En aquél entonces, desde el Hospital Interzonal “José Ingenieros” se realizó la consejería, certificaron la causal violación y lo derivaron al Programa Provincial con un informe por tratarse de un embarazo avanzado. Finalmente, la práctica se realizó en el Hospital “San Martín” con intervención del equipo móvil.

N., por su parte, comentó que se acercó a la Consejería del Hospital Gutiérrez, *“... me atendieron re bien, yo estaba muy asustada y no sabía qué hacer, mi ginecóloga de toda la vida cuando los exámenes dieron mal, se lavó las manos (...) llegué acompañada de una amiga que trabaja en el Ministerio, me explicaron, me dijeron que se trataba de causal salud, pero que en el Hospital no los realizaban, armaron un informe con mi situación que lleve al Programa, pero desde el Programa lo rechazaron ...”.* Recuerda que *“desde la consejería me acompañaron, insistieron pero tenían sus límites (...) para que el embarazo no avance más conseguí misoprostol y una amiga me consiguió ir a ver a V.M en capital, tome un comprimido de mifepristona y cuando llegue a capital use 4 oxaprost (...) después fui a la guardia del Italiano donde me atendieron de primera (...) me fui a casa tranquila de que haya finalizado ese tormento...”.*

Como puede observarse las Consejerías constituyen el ingreso al sistema de salud desde una perspectiva de derechos, así lo vivenciaron las mujeres entrevistadas. Informan sobre los derechos que les asisten a las mujeres y personas con capacidad de gestar, empoderan y bregan por hacer efectivo el acceso, inmersas en un sistema de salud obstructor, desplegando múltiples estrategias.

Durante el periodo investigado, hemos visto cómo pensaron cada intervención: Desde la integración de comités de ILES, capacitaciones, la redacción de informes a las direcciones y al Programa, la prescripción del misoprostol hasta la construcción de

redes para potenciar sus labores y así, han ido ganando espacios, disputando sentidos y legitimando el acceso a la práctica como una cuestión de derechos humanos.

VII.b. La Red de Profesionales por el Derecho a Decidir de La Plata, Berisso y Ensenada

La Red surge en un encuentro de efectores de la salud que se llevó a cabo el 28 de septiembre de 2014, Día de Lucha por la Despenalización y Legalización del Aborto en América Latina y el Caribe, donde se encontraron *“diferentes efectores de todo el país que trabajamos con mujeres y personas con capacidad de gestar, en distintos momentos de su vida y de su salud sexual y reproductiva” (Red de Profesionales del Derecho a Decidir s.f.)*. Fue un armado motorizado desde la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

Actualmente se encuentra integrada por trabajadore/as de la Salud que son parte de más de 400 efectores de salud del país. Su intención es que *–el Sistema de salud sea parte de la solución y no del problema. Frente al individualismo, al abandono, al maltrato que ejercen algunos profesionales de la salud que se escudan detrás de la objeción de conciencia sobre las personas que desean abortar” (Red de Profesionales del Derecho a Decidir s.f.)*. Fernando Daverio, uno de sus integrantes refiere *“...y son muchos trabajadores en el país y son de varias profesiones que están relacionados con el derecho a decidir de los pacientes, y en realidad el derecho a decidir no es sólo con relación al acceso a la ILE, es a todos los derechos que los pacientes tienen, pero lo que pasa es que nosotres ahora estamos con una actividad clara en el acceso al ILE porque esta obstaculizado culturalmente”*.

A partir de la Red se coordinan entre los trabajadores de salud del primer y segundo nivel de atención, las socorristas y militantes feministas para garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo de toda persona que lo solicite. Proponen *“acompañamientos desde el amor, a conciencia, con profesionalismo y sobre todo con la sororidad que este feminismo nos ha dado”*.

Es particularmente en función de la existencia de la Red en La Plata, Berisso y Ensenada que el acceso a la práctica se encuentra más asegurado en tales distritos que en el resto de los distritos que componen la Región Sanitaria N° 11, lo que hace que mujeres y personas con capacidad de gestar deban llegar hasta acá, sí cuentan con los medios para hacerlo, para realizar la práctica.

Este armado nos sorprendió en términos de grado de articulación, la horizontalidad en la toma de decisiones, el compromiso de sus integrantes con el ejercicio de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar y por su consiguiente, efectividad ya que a partir del mismo logran realizarse cerca de 3000 interrupciones legales del embarazo en la zona por mes.

En Región tuvo su antecedente en la Red de Consejerías. M., trabajadora social de Gutierrez, refiere —.empezábamos a formar parte de la red de Consejerías de La Plata, Berisso y Ensenada, previo a la Red de profesionales, en el 2011. Iban Decidimos, profesionales sueltos, Daverio por ejemplo. Luego cuando en 2014 se forma la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en campaña empezamos la discusión para formar parte como red de consejerías...”. Comenta que la Red de Consejerías *—era un espacio de articulación entre equipos, no era una construcción mas política, después vamos filtrando eso de que aporte hacemos en campaña, pero tenemos una conformación distinta. Esta muy planteado ese lugar de articulación y coordinación, eso nos sale muy bien pero tenemos muchas dificultades para hacer algo más en la calle. Era de articulación, como hacemos una historia clínica, que capacitaciones hacemos, como presentamos una situación de ILE, como hacemos el informe, el Programa de Salud nos reboto un informe y entonces lo tratábamos entre todes para mejorarlo, etc.*”.

La Red de Consejerías se integró en un primer momento por la Consejerías del Hospital Gutiérrez, de Berisso y del José Ingenieros y luego, se fueron sumando el Centro de Salud —Sandra Cabrera” y el Hospital San Martín. Comenta M., trabajadora social de la Consejería del Hospital Gutiérrez, —En esa Red de Consejerías empezamos a ver esa heterogeneidad que se dan distintas formas de acompañamiento. Cuando nosotras estábamos discutiendo hacer reducción de riesgos y daños, en el —José Ingenieros” ya estaban haciendo AMEU, ILES, consiguiendo medicación y ahí vos

tenés también los condicionamientos institucionales que también son importantes, no es lo mismo que sea un primer nivel de atención que sea un centro de salud que dependa de un municipio o provincia, como el –José Ingenieros”, o que tengas un equipo con un tipo de construcción más colectiva a que tengas un hospital donde no hay vínculo y diálogo entre los servicios”.

La importancia de la Red surge como una constante en todas las entrevistas. Así, M., trabajadora del –José Ingenieros” señala “...*al principio fue una red de Consejerías, nos fuimos encontrando con otras profesionales que también hacían en soledad y nos fuimos como uniendo y al principio había como una o dos consejerías en La Plata, una o dos en Ensenada y así fuimos tejiendo redes y **la red de profesionales nos ayudo un montón a no sentirse tan solos***”. Fernando Daverio refiere –*el funcionamiento de la Red es muy rico, hay una asamblea permanente en todos los espacios de trabajo, no pasan posiciones políticas burocratizadas por la organización, porque la asamblea es permanente y las decisiones se toman en conjunto, no hay una cabeza que tome decisiones ahí, eso va a durar un tiempo calculo... esperemos que dure mucho...*”. M, trabajadora social del Hospital Gutiérrez, por su parte, la define como “... *una contención política, un espacio donde pensas estrategias de lucha. Para mi es eso la red. Mis compañeros no participan activamente de la red, para mi es indispensable pero bueno para potenciar. Ahí donde se cruza el accionar profesional como efector de salud y las experiencias militantes. No puedo pensarlo si no es en esa clave del activismo y si me organizo gremialmente en el hospital es porque necesito un respaldo para otras disputas*”.

La Red de Profesionales por el Derecho a Decidir se conforma como un actor relevante a fines de 2014. En palabras de Fernando Daverio, médico gineco-obstetra integrante de la Red, “*en respuesta a una demanda que el Estado no estaba garantizando y que la veíamos porque estábamos en los espacios de trabajo en vínculo con la gente y la gente demanda a partir de conocer sus derechos*”.

Los integrantes de la Red tiene un claro posicionamiento con relación a su rol de garantes de derechos, en sintonía con los presupuestos teóricos de la presente investigación. El entrevistado nos refirió que todo/as los que están en la red tienen un rol activo en garantía de derechos y en militancia dentro de los espacios de trabajo,

—...nosotres nos consideramos herramientas del estado en la garantía de derechos pero no somos los responsables de que se garantice, entonces nuestra función no es estar ahí diciéndole a la gente que no accede al misoprostol porque son los tiempos normales de la política, nosotros le decimos a la gente que no accede al misoprostol porque el Estado no nos da misoprostol y los atendemos igual...”.

Fernando Daverio relata con su ejemplo, *“en mi hospital soy parte de la organización de profesionales, formo una comisión para facilitar el acceso a los derechos de las mujeres, entonces todo lo que surge como barrera para el acceso desde el hospital lo planteamos desde las organizaciones de trabajadores, y eso genero una dinámica, por lo menos en el área nuestra de funcionamiento, porque si bien no nos dan ni recursos, ni espacios, ni demás lo que pasa en la interacción con el estado municipal y provincial es que todos los que estamos cumpliendo este rol, exigimos juntos el cumplimiento de la responsabilidad del Estado, entonces el Estado no nos puede sacar, tampoco nos ayuda...”*.

Con relación a las funciones de la Red, observamos además de una coordinación para efectivizar el acceso a la práctica, la producción de información para promover derechos (entre otros materiales, han elaborado un recursero donde figuran los lugares donde hay integrantes de la Red), una clara exigencia de políticas públicas al Estado, la capacitación hacia el resto de los trabajadores de la salud y han comenzado a generar registros de la problemática.

En palabras de sus integrantes *“aparte de exigir porque se garanticen los derechos y cumplir nuestro rol como profesionales, también nosotros nos ocupamos de capacitar a los profesionales y entonces se bajan líneas de protocolos de atención que no son institucionales, son dentro de la organización y permiten que los trabajadores se sientan más seguros en un contexto adverso, porque vos trabajas junto a otros trabajadores que son en muchos casos con posiciones antiderechos, firmes, sostenidas y con poder dentro de los espacios de trabajo, entonces necesitamos un respaldo entre nosotros (...) necesitamos el respaldo, siempre de una organización, de protocolos, de fundamentos científicos, de respaldo del marco legal, por eso circula mucha información, todos sabemos, no hay nadie que nos pueda decir no te permito que hagas eso, porque nosotros tenemos claro que hay cosas que nos pueden permitir o no, pero*

esta no, porque es algo que tiene que ver con nuestra responsabilidad, no es solamente la atención, sino la capacitación y empezamos ahora a registrar”.

VII. 3. Socorristas

Otras protagonistas de suma importancia en la Región para garantizar las interrupciones legales del embarazo que el sistema de salud no alcanza o decide no absorber son las Socorristas. Si bien integran tanto la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito como la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir La Plata, Berisso y Ensenada, sus intervenciones merecen un capítulo aparte.

En la región sanitaria, hay tres grupos de Socorristas: Línea Verde, Decidimos y Las Bravas. Las Bravas es la de conformación más reciente, ya que data de agosto de 2018, cuando como diría M., una de sus integrantes, en el marco de la entrevista *“cuando no salió la ley, exactamente después porque cuando una dice que hay que organizar la bronca, que sucede con ello, muchas personas escribimos en las redes a las Socorristas en red para capacitarnos”*. Las Bravas forman parte de Socorristas en Red – feministas que abortamos – que se autodefinen como *“una articulación de colectivas de Argentina que damos información -siguiendo los protocolos de la Organización Mundial de la Salud- y acompañamos a mujeres y a otras personas con capacidad de gestar que han decidido interrumpir embarazos inviables para ese momento de sus vidas para que lo hagan de manera segura y cuidada”* (Socorristas en Red 2015). Si bien no todas integran este armado, los tres grupos de Socorristas forman parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en La Plata, articulando entre sí en el marco de ese espacio.

Con relación a su conformación como colectiva, fue en tiempo record. Comenta M. *“Había una socorrista acá de Misiones que se vino a vivir a La Plata entonces viajan dos compañeras para que justamente no se apague el fuego de la bronca, viajan rápidamente en agosto, todo en el lapso de una semana o 10 días viajaron hacia La Plata para formarnos y capacitarnos al grupo de personas que escribimos y se nos volvieron hacer algunas preguntas para ver si sosteníamos el compromiso ... Luego,*

nos reunimos con dos compañeras revueltas de Neuquén y la compañera de Misiones que ya te mencione y vivía acá y empezamos 8, nunca bajamos de número siempre sumamos. Empezamos 8 en agosto, tuvimos un verano muy candente donde nosotras no nos tomamos vacaciones para que quede gente siempre, el tema es que el sistema público de salud si se toma vacaciones y queda menos personal y pueden atender menos. Entonces quedamos cuatro y recibimos muchísima demanda, entonces mientras tanto teníamos grupos en formación, en enero se sumaron otras compañeras más, en febrero hicimos otra formación y se sumaron otras compañeras más, ahora estamos más aceitadas respecto a la formación que dura más tiempo y más material de lectura y todo e ir de oyentes a los talleres, ahora la formación dura dos meses y antes la hacíamos más exprés”. Actualmente, son 25.

En un primer momento se empezó con una línea de teléfono y un correo electrónico, donde enviaban las consultas; luego dos compañeras decidieron formarse como telefonistas y en junio de 2019, la línea comenzó a ser semi-pública y en el mes de septiembre, lanzaron la línea pública. Ello fue gradual en función del proceso de formación de sus integrantes y para medir la reacción del sector antiderechos de la zona. Refieren *—Las personas que acceden es para hacer una consulta y todo el tiempo lo que hacemos es recircular la información. Nuestras actividades están enfocadas a tener mayor difusión pública. De hecho al ser parte de la red de profesionales de la salud, hicimos el recusero”.*

Su modo de intervención consiste en una intervención grupal a modo de taller que se realiza en un lugar público, como una plaza cerca de los juegos infantiles o bien, un centro cultural; luego, una entrevista individual donde se llena una *—Protocola”* y luego, el seguimiento posterior a la práctica o bien, acompañamiento si decidió continuar con el embarazo. Así, nos relata M. *—Como estamos hablando de información y hay personas que deciden continuar gestando, se necesita acompañamiento emocional y amoroso. Justamente si vos decís yo quiero continuar el embarazo, ahora ya tengo la información, al final voy a seguir, es difícil estar embarazada sin tener acompañamiento. Estar con doulas, parteras, puericultoras, siempre se puede hacer un tejido de redes para que no estemos tan en soledad y podamos estar acompañadas emocionalmente”.*

En caso de decidir interrumpir el embarazo, el procedimiento que se adopte también dependerá de la zona programática de la cual es la persona, respetando su autonomía. Reconocen que *“Viene mucha gente de pueblos cercanos, San Miguel del Monte, Saladillo, Brandsen, Verónica, Magdalena, Punta Indio y de otros lugares donde directamente no se puede hablar de ILE”*.

Con relación a la primera instancia de taller, aclaran *“nos juntamos en lugares públicos de 5 a 7 personas que necesitan ayuda y pueden ir acompañadas por mujeres, lesbianas, trans, travestis, no binaries y niñas. Lo único que se pide es no acompañamiento de hombres cis porque entendemos que si es una pareja puede estar coaccionando en la decisión o sentirse inhibida para hablar, e incluso cuidando el trato con el resto de las personas que vienen”*.

El taller compartido con otras personas que están atravesando la misma situación, permite contener la angustia y los miedos y establecer una complicidad sorora entre sus participantes. Relata M. —. *en el taller lo que se da de bueno es poder contarlo en palabras, ser escuchada, ser contenida. Tener una persona al lado que va a transitar la misma situación. Se aflojan un montón de tensiones, porque vienen unas personas y se van otras. Siempre por ahí hay situaciones de llanto, de mucha emotividad y luego se van con una sonrisa, porque desdramatizamos la situación, decimos tranquila, vas a estar acompañada, te vamos a acompañar, te vamos a bancar, no te hagas problema, más allá que nos cuentan siempre porque es su decisión, por una necesidad de ponerlo en palabras, al no sentirse juzgadas y sentirse sostenidas y explicarles el proceso y dicen ¡ah es sencillo!”*.

Luego la instancia de llenado de la “Protocola” es íntimo entre la socorrista y la socorrida. En el marco de esa entrevista, se trata muy específicamente lo relativo a violencia ya que el 70 % de las personas que consultan manifiestan haber sufrido violencia o sufren violencia de género. Con relación a este punto, comentan que articulan tanto con el Centro de Atención a la Víctima de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UNLP como con la ONG “Decir Basta”.

Finalmente, se le brinda medicación para realizar la práctica que proviene de redes feministas internacionales y luego, se realiza el seguimiento. Con relación a este punto, relatan *“Si hay síntomas de alerta, ya que no dejamos que haya complicaciones,*

deben ir de inmediato a los centros de salud amigables ... nos ha pasado que nos dicen espero después que pasa, no, eso lo dejamos bien en claro, nosotras las acompañamos y para que sea seguro según estas condiciones, obviamente es su decisión pero que sepan que los síntomas de alerta son síntomas de riesgo, sobre todo el tema del higiene, de las manos, de las uñas, del baño, si no tienen una casa en las condiciones y van a otro sitio, poder empezar a pedir ayuda, dicen “claro si mi prima lo hizo, me va a ayudar...” .

Actualmente, tienen un promedio de 60 acompañamientos por mes. Como puede verse, se trata de un número que es sustancialmente mayor a los informados durante los primeros años investigados como “egresos hospitalarios por aborto” por el Programa Provincial. De las situaciones que acompañan, las más difíciles son las del segundo trimestre que llegan a su intervención porque son rechazadas en el sistema de salud “sobre todo cuando la causal salud y violación son evidentes, que haya negativa del programa incluso, por eso tenemos que estar en la lucha cuerpo a cuerpo, ahora se están peleando dos casos en un hospital, donde son muy claras las ILES, necesitan la negativa del servicio de ginecología que se lo firmen, la negativa de la dirección del hospital que se la firmen para poder ir al programa para que busquen un efector de salud en el área programática para que le realicen la intervención...” .

A su vez, otro punto destacable de sus intervenciones es la sistematización de los datos. Desde Socorristas en Red sistematizan los acompañamientos desde el 2014 (Socorristas en Red 2019). La sistematización se realiza en base a la información obrante en las “Protocolas”. Comenta M., las protocolos tienen “tres momentos, el primero es de antecedentes obstétricos – ginecológicos e información socio cultural. El segundo momento es del acompañamiento en sí y el tercer momento es del control post. Cuando se termina el tercer momento se cierra la protocola y se carga al registro para el equipo de sistematización. Para cerrar la protocola más que nada articulamos con el sistema público de salud porque si bien hemos hecho un recursoro de profesionales amigables en el sector privado mucha gente no se anima a ir a contar. En cambio en las consejerías que saben que son parte de la red de profesionales de la salud sí”.

Con relación a su finalidad, manifiestan “tenemos protocolos de acompañamiento, para presentarlos en el Congreso y decir estas son las personas que

*abortan, esta es la cantidad, estas son las edades, las condiciones, estas tienen embarazo a término previo, sin o con aborto previo, cuáles es la efectividad del primer tratamiento, porque es seguro, quienes fueron a la guardia, cómo fueron tratadas, la situación de precariedad de los trabajadores porque ahí queda un registro de que la mayoría tiene trabajo informal, si estudian actualmente, del año pasado un 74 por ciento dijo que si que estudian actualmente, el 75 que tiene trabajo remunerado, **son muchas las variables que desmitificamos de que todas las personas abortaran y seguirán haciéndolo, lo que falta es la información y voluntad política**".*

Se dice que “cuando una acompaña un aborto, aborta”, y así cuenta M. como —...Muchas personas que hemos acompañado dijeron yo me quiero sumar para que la otra persona que tenga que pasar por esta situación que necesite sea acompañada como Uds. me acompañaron a mí, eso es super emocionante tener de compañera una persona que acompañaste y ...después otras personas que cuando marchamos con las pelucas fucsias estamos muy visibles y vienen a marchar con nosotras y nos escriben fui a marchar con Uds., fui con mi mamá, con mi hermana, con mis hijes y eso también es super emocionante, volver a encontrarnos ... tengo la mamá de una de las chicas que acompañamos que cada vez que puede nos acerca 50 pesos, 100 pesos para seguir acompañando y su hija no estaba embarazada ...”.

Por eso, también queremos destacar la importancia de los acompañamientos que realizan desde lo subjetivo al establecerse lazos de sororidad entre las socorristas y socorridas. P., la tercera mujer entrevistada, se realizó la práctica con la intervención de las Socorristas. A partir de su experiencia, nos comenta “estaba pasando un momento sumamente difícil, en ningún momento pensé en continuar el embarazo y necesitaba resolverlo lo antes posible (...) era enero y empecé a deambular por las consejerías y estaban todas con los turnos cubiertos y cómo mi embarazo era de pocas semanas tenía un poco más de margen a pesar de que yo ya no aguantaba más la situación, me derivaron a un grupo de socorristas, primero una conversación telefónica, yo ya me había hecho la eco, luego una entrevista donde me explicaron que para ellas todo aborto era un aborto legal y luego, me explicaron cómo hacerme el aborto y me dieron las pastillas (...) mife y miso, me repitieron muchas veces la necesidad de que no esté sola y que tenga muy presentes los signos de las complicaciones y que ante cualquiera

de esos signos, vaya a la guardia (...) fue muy sencillo y salió todo bien, me acompañaron mis amigas y luego volví para el control post...”.

VII.d. La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

Otra intérprete de suma relevancia en la región es la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. La Campaña se conformó en una reunión nacional celebrada el 14 de mayo de 2005, donde participaron referentes de más de 70 organizaciones feministas del todo el país y allí se decidió utilizar los pañuelos verdes. De nuestra zona, participaron miembros de la Colectiva “Casa Azucena Villaflor” (más conocidas como “las Azucenas”).

Luego de su conformación, la Campaña *“adquirió vida propia sobre la base de una diversa alianza federal que se alimentó a través del reconocimiento de la historia de las luchas por el aborto legal en Argentina, teniendo en cuenta las diferentes estrategias regionales pero dentro de un marco nacional. Y de esta manera se presentó en sociedad hasta hoy”* (Bellucci 2014: 657), haciendo llegar el reclamo por el aborto legal a la agenda pública con un alcance que ni sus integrantes imaginaron en el año 2018. En 2015, la movilización masiva “Ni una menos” potenció la vitalidad y el crecimiento del movimiento feminista y cambió la agenda pública en el país. Significó un acontecimiento histórico, que dio volumen político, social y cultural a la denuncia de las violencias machistas naturalizadas. El feminismo de las jóvenes, sub-18, así como el de las miles de mujeres que no habían sido interpeladas antes por el feminismo, tiene en esa fecha una referencia vital. Todos los feminismos confluyeron en 2018 en la demanda de décadas: aborto legal ya. Con el liderazgo de la Campaña Nacional (que ya suma 500 organizaciones adherentes), acompañada por miles de activistas que portaban el pañuelo verde, por séptima vez se presentó el proyecto de ley. El país ocupó las portadas de diarios internacionales por ser uno de los pocos de Latinoamérica en abordar en el Congreso la posibilidad legalizar el aborto.

Los desarrollos del derecho internacional de los derechos humanos se hicieron presentes en el debate. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) pidió a la Argentina que revisara la legislación que resulta discriminatoria, como la penalización del aborto y la falta de acceso a la salud de quienes abortan. En un sentido similar, se pronunciaron en el ámbito de la ONU (Organización de Naciones Unidas) el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra la mujer, el Comité que evalúa la implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Humanos. La Cámara de Senadores rechazó el proyecto en 2018, y en 2019 la Campaña Nacional volvió a presentarlo. (CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS) 2019:23)

Actualmente, la Campaña está compuesta por un arco de más de 500 organizaciones sociales, políticas, de derechos humanos, sindicales, etc. Su alcance es federal, *“se despliega en las veinticuatro provincias y derrama organización feminista en múltiples localidades con distintos niveles de activismo, pero con la misma tenacidad militante”* (Alcaraz 2018:158). En La Plata, Berisso y Ensenada cuenta con un armado muy grande y sumamente tenaz, consolidándose, a fuerza de *“pañuelazos”* en el Ministerio de Salud y en 7 y 50, como una protagonista central de la realidad política regional.

Comenta Maria Julia Constant, una de sus integrantes, *“empezamos a visibilizar en la calle que se debía legalizar el aborto y a difundir las causales del aborto no punible. Tomo alcance masivo a partir del primer pañuelazo que se hace el 19 de febrero de 2018, cuando por los medios de comunicación se saca el pañuelo verde y hay actrices que plantean que habían abortado... salen con el pañuelo de la campaña, los medios nos dan espacio, eso nos sorprendió pero ya empezábamos a ver en los encuentros nacionales de mujeres, la masividad, mujeres que se acercaban masivamente al gasevo de la campaña y la columna de la campaña era masiva...algo se estaba gestando luego de un trabajo de muchos años de estar en la calle, de ir a la puerta de los hospitales, de estar en las facultades, dando charlas, difundiendo, con cátedras libres, de acompañar las distintas demandas de la agenda feminista, de dar talleres, un trabajo de muchos años que fue dando sus frutos....”*.

Es sumamente interesante su composición y su dinámica de funcionamiento. Comenta María Julia, *“Ayudaron los medios de comunicación pero tiene que ver con un tipo de construcción que tiene la campaña que es el único movimiento autónomo, de más de 15 años, con distintas corrientes políticas (...) y sin embargo es una articulación que el único objetivo existente es luchar por la legalización del aborto, a pesar de que leamos la coyuntura de otra forma, nos diferencien otras cosas, nos unifica la lucha por el aborto legal. Eso lo vieron las compañeras que se acercaron a la marea verde, que no hay dirección y es una construcción colectiva”*.

Durante el lapso investigado, han realizado manifestaciones, pedidos de informes al Ministerio de Salud, se han reunido con las autoridades provinciales y municipales para exigir que se garanticen los abortos legales. A su vez, como se anticipó, del armado de la Campaña surge la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

También han acompañado situaciones de mujeres que fueron violentadas por el sistema de salud, obstaculizándose su acceso a la ILE. Entrevistada María Julia Constant, integrante de la Campaña, recuerda haber acompañado, durante los años 2014 y 2015, dos situaciones de interrupción legal del embarazo, en las cuales las mujeres fueron sumamente violentadas. Una de las situaciones fue en el Hospital San Martín a una mujer de nacionalidad peruana que había sido víctima de violación y que fue sumamente maltratada por la jefa de ginecología, la Dra. Adelaida Soria y la segunda intervención fue con una joven en el Hospital de Gonnet, también con causal violación. Recuerda María Julia, que *“son situaciones donde se conseguía que se hiciera la ILE pero en forma clandestina en los hospitales, por presión de la Campaña, por presión del Programa del Ministerio pero todo demasiado doméstico”*.

Luego, con relación a la jefa de Ginecología del Hospital San Martín, desde la Campaña, a principios de 2015, se hizo un escrache público junto con un pedido de sumario administrativo a la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud, en función del maltrato y la discriminación a la que sometió a la mujer de la primera situación descrita, pero el mismo no tuvo avances sustanciales. Actualmente, Adelaida Soria sigue a cargo de la jefatura gineco- obstetra del efector.

A partir de la marea verde de 2018 y de la conformación de la Red, la Campaña identifica cambios en la región y en su capacidad de incidencia. Así, María Julia comenta que *“Todas las reuniones que nosotras tuvimos en el ministerio como Campaña nos planteaban, en la época de Scioli y en la de Vidal, que teníamos que generar una red de médicos y profesionales amigables. Nosotras planteábamos que sí, que eso estaba bien que lo sabíamos porque nosotras habíamos formado esa Red, pero que era obligación del Estado que todos los hospitales cumplan con el protocolo de aborto no punible y que para eso se necesitaban capacitaciones para todo el equipo. Eso nunca se hizo...Ni con la gestión de Scioli, ni con el Macrismo. La gestión hablaba de profesionales amigables y el macrismo de centro de buenas prácticas. Nos decían nosotros tenemos que saber cuales son los centros de buenas prácticas, como que los otros no lo debían ser y tratar de derivar a las mujeres a esos profesionales, pero no había intención de que se baje una resolución para toda la provincia de Buenos Aires”*.

Con relación al panorama actual, destacan que se consiguió que haya consejerías en casi todos los hospitales provinciales de La Plata, pero no así en el municipio de La Plata, donde hay solo una consejería donde hace dos años las trabajadoras fueron muy perseguidas y maltratadas por el municipio. Para la Campaña es central que *“haya consejerías municipales porque las mujeres no llegan a los hospitales. Por eso tiene que haber en la sala del barrio, una consejería para que la informe, la acompañe...”*. Y otra cuestión sumamente grave es la falta de misoprostol en los hospitales.

Del registro del encuentro con la nueva gestión del Programa Provincial, María Julia comenta *“Al asumir el nuevo gobierno se pidió reunión con el Ministerio como Red y como Campaña e inmediatamente nos dieron la audiencia y nos plantearon una situación grave económica del Ministerio y que hicieron una compra de urgencia pero hoy no hay misoprostol en los hospitales. A su vez, es importante que la provincia adhirió al Protocolo pero falta capacitación obligatoria a todo el personal de los hospitales en la atención de los ILES desde que ingresa hasta que se va, para todo el personal como cualquier otra persona que se va a atender de neumonía al hospital, con ingreso, con historia clínica, hoy eso aún no está”*.

Como se observa, los pañuelos verdes se han instalado en las calles y también en los hospitales y centros de salud y *—cada vez que un pañuelo verde se cruza en el paneo que hace una mirada en la calle, en el subte, en el colectivo, en el tren, en el barrio, en el trabajo, en cualquier lugar, es como un golpe de rayo. Su aparición genera una atmósfera de confianza. Se trata de un mensaje claro: no estamos solas...*” (Alcaraz 2018). No estamos solas cuando requerimos acceder a la práctica y no estamos sola/os cuando entendemos que nuestra función es garantizar derechos. Ese efecto de romper soledades ha tenido la Campaña y en su interior, la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, en la región.

Sexta parte: Violencia institucional

VIII. La categoría de violencia institucional y el mensaje sobre los cuerpos

Siguiendo a Valcárcel, *—los cuerpos de las mujeres nunca se han considerado de su propiedad. Sobre ellos toda la comunidad mantiene expectativas. Son, además, cuerpos sobre-significados e hiper – prescriptos*” (Valcárcel 1997: 31) y es sobre ellos que el sistema heterocispatriarcal deja sus mensajes. Para poder visibilizar tales mensajes hemos tomado la categoría de violencia institucional resultando estratégica para el análisis de las conductas emprendidas por ciertos efectores de la salud que se resisten al cumplimiento del marco legal y obstruyen, de distintas maneras, el acceso a la interrupción legal del embarazo.

Hemos podido registrar que estas acciones comprenden desde malos tratos y violencia física y psicológica hasta denegar la atención y amenazar y/o denunciar penalmente a las mujeres y personas con capacidad de gestar que se acercan al sistema de salud en búsqueda de atención post aborto. Algunas obedecen a acciones conscientes de los efectores de salud y otras responden más a un *—habitus*” de ejercicio abusivo de poder.

La categoría de violencia institucional nos permitió englobar desde acciones del tipo dolosas hasta omisiones. Se trata de una categoría de fuerte tinte político desarrollada en Argentina en la articulación entre grupos del movimiento de derechos humanos, del movimiento de víctimas de hechos de violencia policial y de investigadores académicos, que *“en los últimos años ha revelado una productividad política que excede a las problemáticas para las cuales se la utiliza desde los años 80 y 90”* (Perelman y Tufro, 2017: 65).

Una de sus acepciones es, precisamente, para nominar la *—participación estatal por denegación de acceso a un servicio*”. De esta forma, se *“considera que la vida y la integridad son los valores atropellados por la violencia institucional, pero se considera que su vulneración no necesariamente está causada por una agresión directa como un golpe o un disparo, sino que también puede derivarse de la negación del acceso a un servicio”* (Perelman y Tufro, 2017:65). En tal sentido, el concepto ya ha sido utilizado en el ámbito de la lucha por el acceso al aborto.

Así, se ha establecido que *“los obstáculos que desde el sistema de salud y de justicia se imponen para que las mujeres víctimas de violencia sexual puedan acceder a la interrupción voluntaria del embarazo se configuran como prácticas de violencia institucional, como es el caso de la denegación de acceso a servicios autorizados de salud como en el aborto y post abortos; y la vulneración al secreto médico y la confidencialidad en entornos de atención de la salud...”* (Gherardi, Hoyos, & Gebruers, 2015:123), observándose su impacto en los derechos humanos vulnerados de las mujeres: a la vida, a la salud, a la integridad física, psíquica y moral, a la autonomía, a la intimidad, a la dignidad y a estar libres de tratos crueles, inhumanos y degradantes (Cárdenas & Escales, 2016:175).

De esta manera ha sido recogida por la Ley 26.485 (PLN 2009), como *“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”*. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia en el caso F;A.L estableció que los *“procesos burocráticos dilatorios de la interrupción legal del embarazo (...) puede ser considerada, en sí misma, un acto de violencia institucional en los términos de los artículos 3° y 6° de la ley 26.485 que establece el Régimen de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”*.

Por fuera de que hay un grupo de trabajadores de la salud anti derechos que explícitamente así lo manifiestan y actúan en consecuencia, en términos generales, muchas de estas prácticas violentas no son identificadas como tales y no obedecen a una cuestión de maldad o mala voluntad, sino que es algo más complejo. Siguiendo a Castro, *“los estereotipos dominantes de género, que a los agentes se les presentan como principios de explicación de su práctica y de la de sus pacientes, en realidad cumplen una función reproductora del orden social dentro del cual se originan”* (Castro 2010) y existe un *“habitus médico”*, en términos de Bourdieu, construido desde la formación académica. Según Bourdieu, el habitus es un mecanismo de retransmisión por el que las estructuras mentales de las personas encarnan y toman forma en la actividad de la sociedad (Bourdieu 2008).

Castro califica de autoritario y sexista el habitus profesional de los prestadores de servicios y señala que les permite actuar dando por sentadas las jerarquías existentes y reproduciendo en la práctica las concepciones patriarcales predominantes en el campo médico. En tal sentido, Lamas refiere –Los prejuicios sexistas y la doble moral machista, inherentes a un sistema de normas y valores patriarcales, favorecen las actitudes arbitrarias del personal médico, además de que hay una total disparidad de poder de las usuarias frente al enorme poder adquirido por los médicos como agentes del Estado moderno, como representantes legítimos de la ciencia y como portadores/guardianes de la autoridad cultural de su uso social” (M. Lamas 2014:23). Para poder visibilizar tales prácticas desde toda su complejidad la categoría de violencia institucional nos resultó estratégica.

En función de lo expuesto en los acápites siguientes pretendimos sistematizar las distintas acciones constitutivas de violencia institucional que atraviesa una mujer y/o persona con capacidad de gestar en la región al intentar acceder a la práctica. Algunas más sutiles que otras, pero todas ellas con gran incidencia en el ejercicio de los derechos involucrados desde una perspectiva pro persona. Intentamos dar cuenta de todo este abánico de acciones bajo la categoría de “violencia institucional”, en función de la información que hemos obtenido durante el proceso de investigación, considerando que deben ser visibilizarlas en pos de trabajar con los equipos de salud para su no repetición en el entendimiento de que *“la posibilidad de nombrar algo es una herramienta importante para ver un daño que de otro modo permanecía oculto, explicar sus implicaciones, e identificarlo como una preocupación, denuncia o posible violación a los derechos humanos”* (Cook, 2006).

Ello no sólo exige capacitación, sino las sanciones correspondientes a los trabajadores de la salud que realicen prácticas constitutivas de violencia institucional ya que garantizar el acceso a la práctica de la ILE, desde una perspectiva pro persona, es parte de la función estatal de los trabajadores de la salud y quien no lo haga estará faltando al ejercicio de su función.

VIII.a. La primera barrera: no acceder a la información

En primer lugar, aparece el desconocimiento de que acceder a la ILE es un derecho para la mujer o persona con capacidad de gestar que está inmersa en las causales contempladas por el Artículo 86 del Código Penal. Como hemos desarrollado, recién a principios del 2000 se comenzó a instalar el deber estatal de garantizar las prácticas en los supuestos contemplados en la norma penal (Bergallo, Paola 2014: 223).

Vemos que la mayoría de las mujeres y personas con capacidad de gestar continúan recurriendo al aborto clandestino porque desconocen que tiene el derecho a la ILE por parte del sistema público de salud. Así, nos comentó que le sucedió a M., quien siendo enfermera y a pesar de que su embarazo fue producto de una violación, estaba gestionando un préstamo con una financiera para ir hacerlo de forma privada cuando se enteró de la existencia de la Consejería del “José Ingenieros”.

Al ser entrevistado Fernando Daverio, médico obstetra del Hospital Cestino de Ensenada y referente de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, nos refirió “La principal barrera es cultural porque la gente, la gran mayoría, no se enteran que tienen el derecho y se quedan en su casa, y le preguntan a un vecino, una amiga y si en esa búsqueda de información, alguien le dice mira que yo escuche que lo atienden, puede ser que lleguen pero son la minoría”.

Con relación a la Región, refiere que la Red de Profesionales de La Plata, Berisso y Ensenada se atendió a 4000 personas en el último año, pero frente a los 50000 abortos en el país se trata de un número muy bajo que desde la Red se llega a garantizar y eso obedece a que la mayoría de las personas lo hacen como pueden en la clandestinidad. Fernando Daverio comenta “...es un número muy bajo el que podemos garantizar, podremos llegar a 20.000, 50.000, 100.000 pero no vamos a garantizar la mayoría de los casos y por eso digo que la principal barrera es la cultural la gente tiene que saber que tiene el derecho y que el Estado se lo tiene que garantizar, no hay ningún proyecto en el que se incluya en la escuela, en la que haya información en los espacios sociales, que debería ser una política del Estado desde hace muchos años y no está pasando, da la sensación de que el Estado de alguna manera no informa a la gente

sobre cuáles son los derechos que tiene, para que no se los reclamen porque no tienen la respuesta para garantizarlos... ”.

El 9 de diciembre de 2019 una mujer, de 34 años, oriunda del barrio de Los Hornos, madre de tres hijos y que cursaba un embarazo de 7 semanas, muere por un aborto clandestino en el Hospital “San Martín” de La Plata (INFOBAE 2019), (Czubaj 2019), (La Izquierda Diario 2019). Se realizó un aborto con un procedimiento inseguro en su casa y cuando comenzó con complicaciones se acercó a la guardia de varios centros de salud, entre ellos, los hospitales “Gutiérrez”, donde la mandaron nuevamente a la casa y el “Hospital San Martín”, donde finalmente muere. No sólo no supo que tenía derecho a acceder, sino que luego no se atrevió ni siquiera a contarlo ante los efectores de salud. M., socorrista e integrante de la Red, refiere, con lágrimas en los ojos, —. *justamente esa bronca nos da la situación de esta mujer que falleció, tan evitable, yo sé que no es mi culpa ni responsabilidad pero digo ¿porque no la conocí antes?, ¿cómo puede ser que no vio el teléfono para decirle que decir o no para que sean atendidas?... ”.*

El conocimiento de los derechos es el primer obstáculo. En tal sentido, vario/as de les entrevistado/as, refirieron acerca de la importancia de las consejerías en el primer nivel de atención de la salud. Para conocer y pensar el acceso el centro de salud del barrio resulta estratégico. En la región, a nivel municipal, sólo existen Consejerías en los Centros de Salud N° 41 de Altos de San Lorenzo y N° 44 “Ramón Carillo” de Berisso y en proceso de armado en los hospitales municipales de Chascomús y Brandsen.

A mediados de 2019, la Red de Profesionales se reunió con la secretaria de salud del Municipio de La Plata ante el grave estado de situación en la ciudad, ofreciendo capacitaciones a los trabajadores de la salud de los centros de salud municipales con intención de formarse en salud sexual y reproductiva y acceso a la ILE. El Secretario de Salud del Municipio convocó a capacitar luego de sucedida la muerte de la joven.

Recordemos que el Comité de Expertas/os del MESECVI ha señalado en su Declaración de 2014 dirigida a los Estados miembros de la “Convención de Belém Do Pará”, que “la negación de las políticas públicas y los servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para las mujeres, a través de normas, prácticas y estereotipos

discriminatorios, constituye una violación sistemática de sus derechos humanos y las somete a la violencia institucional del Estado, causándoles sufrimiento físico y psicológico” (Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém Dó Pará (MESECVI) 2014).

Hoy desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir se enfocan principalmente en que las personas conozcan sus derechos. Así, nos comenta uno de sus representantes, —. finalmente cuando la mujer accede porque conoce cuáles son sus derechos, puede pasar que la maltraten, que se sienta discriminada, que decida irse... hay muchas cosas que hay entremedio, pero ese es nuestro trabajo hoy y entendemos que hay que garantizarlo, es muy posible que en unos años, es difícil ponerle un número, no trabajemos tanto en la función de asegurar que la gente conozca sus derechos sino, más bien, en la función que es para la cual estamos capacitados que es garantizar que la práctica se haga...”.

VIII.b. La calesita: derivaciones, no acceder a la información de forma completa, no permitir llegar

Una vez que la mujer o persona con capacidad de gestar accede a la información y toma conocimiento de que tiene derecho a la práctica, se puede encontrar con que al llegar al efector de salud le digan que no hacen ILES, que es un delito, maltratándola y obstruyendo el acceso. Así, suelen estar deambulando entre los distintos efectores de salud hasta que se encuentran uno. Incluso, dentro del efector ~~—amigable~~”, el acceso se puede ver condicionado en función de quien recibe.

Fernando Daverio nos da cuenta de ello —los obstáculos que siguen después una vez que la mujer accede a la información, son múltiples y también están relacionados con las posiciones que tienen cada uno de los que tienen que garantizarlo en ese camino, (...) es muy probable que alguna persona que te atienda sea enfermero, de limpieza, promotor de salud o lo que sea te mande a otro lugar o están estas redes que hablamos, muy organizadas y con muchos fondos para que la gente ante el reclamo por

un embarazo que no quiere, le digan que hay muchas formas de resolverlo, que lo pueden tener, le dan recursos económicos, etc. ”.

Hemos comentado que en la Región en el caso de los Hospitales San Martín y Gutiérrez se indica desde donde debe accederse para no cruzarse en el camino con algún/a trabajador/a de la salud obstructor.

M., trabajadora social del Hospital –Gutiérrez” e integrante de la Red, manifiesta *“en la historia clínica comenzamos a dejar registro de la violencia institucional pero hay un subregistro de eso, nosotras a veces lo ponemos en el detalle, una vez una piba fue a una ILE recorriendo cuatro lugares antes, y ya con eso ese recorrido y las barreras de acceso era una ILE (...) Fue violentada en cuatro centros de salud, hasta que en el Hospital Rossi le hicieron escuchar los latidos, todo una violencia, ya esas barreras de acceso lo tengo registrado en el informe de la historia clínica, nosotres debemos indagarlo, preguntamos qué recorrido, obstáculos, tratamos de visibilizar los obstáculos que a veces aparecen naturalizados...”.*

En embarazos del primer trimestre, la interrupción se hace de manera ambulatoria con controles post en las consejerías, pero en segundo trimestre la situación se complejiza ya que suele requerirse internación en un efector del segundo nivel de atención. También en la atención, suelen recurrir a la sobrevalorización del riesgo para negar la práctica o bien la derivación a las redes antiderechos.

En el Hospital Cestino de Ensenada se abordó a través de la creación de la *“Comisión para facilitar el acceso a las mujeres con derecho a ILE”* que estipuló una ruta de acceso. Relata Daverio, *“Hay un montón de barreras que tenés que ir atravesando, esto de que cuando la mujer se interna lo hace en un espacio donde es adverso el entorno en general, entonces vos tenés que asegurar que no la expulsen y hay muchos mecanismos de expulsión instalados...la persona pregunta “hola, que tal, vengo por una ILE” y lo primero que le dicen es que acá no y se va (...) entonces nosotros tuvimos que armar una comisión para diseñar una ruta de acceso en el hospital para que todo el personal sepa que a una persona que pregunta por eso en el hospital, hay que derivarla sólo con quién la va a atender y que no tiene que revictimizarla y que la mujer termine dando vueltas y se vaya a su casa y eso es muy difícil, no es una cosa sencilla...En ese momento dijimos que la formación de la comisión era necesaria*

porque entendíamos que la solución debía ser interdisciplinaria y teníamos que garantizar la ruta de acceso de las mujeres a partir de la dirección del hospital, entonces la comisión a partir del día siguiente empezó a exigir (...). Se creó a partir de una mujer que se movilizó con todo el barrio para exigir que le hagan la ILE en un embarazo de 20 semanas (...) y la Comisión siempre siguió trabajando, exigiendo por los derechos que no se garantizan, proponiendo soluciones...”.

Para facilitar el acceso al interior del efector, resulta central el reconocimiento de la consejería dentro de la estructura institucional del hospital, pero también capacitaciones obligatorias en servicio para todo el personal en acceso a ILE desde una perspectiva de derechos humanos. Si bien hubo capacitaciones en tal sentido y avances, durante los dos primeros años del lapso investigado, se ha procedido a realizar ILES tanto en el Hospital de Gonnet como en el Hospital San Martín pero sin dejar registro de la situación. Desde la Consejería del Hospital –Gutiérrez” debieron cambiar la forma de registro al advertir que, desde el servicio de ginecología, accedían a los mismos y con tal información violentaban a las mujeres y personas con capacidad de gestar que habían accedido a la práctica.

En la encuesta autoadministrada, nos encontramos con mucha dificultad por parte de los directores ejecutivos de los Hospitales del segundo nivel de reconocer la realización de la práctica a pesar de que, al contar con servicios de ginecología y obstetricia, están obligados a realizarla. El posicionamiento y la línea de la dirección del Hospital deben ser desde la garantía de derechos y así debe trasmitirlo a los servicios a cargo. En tal sentido, traemos a colación los dichos del médico de Ensenada, G.E, “...*En la consulta individual la persona hace lo que quiere si no esta controlada, por eso **debe haber un control de la dirección del hospital**, todo un sistema y después una vez que esta internada debes asegurarte que la persona se vaya con un método anticonceptivo de larga duración porque es parte de nuestra responsabilidad y si no se va, tiene que tener claro que otro método va a utilizar, no porque no entendió...*”. Por su parte, M. , trabajadora del Hospital –Gutiérrez”, refiere “*nuestra estrategia ha sido siempre que el Programa Provincial esté presente y el Director estén al tanto de todo, nosotros le presentamos informe al director, porque me lo presentan a mí, y el cargo ejecutivo se tiene que hacer cargo, si el servicio de ginecología no responde, el director*

debe hacerlo y ante la respuesta de que no le corresponde, le decimos acá esta la ley...”.

Mención aparte merece la realización de la ecografía. Una vez que accede a la consejería o al profesional de la salud es central contar una ecografía para conocer la edad gestacional y en función de eso, evaluar cuál es el mejor método para realizar la práctica. Debe hacerse de forma inmediata ya que a mayor edad gestacional, la interrupción se torna más insegura.

En las entrevistas, surgió mucho que hay que tener especial cuidado con quien realiza la ecografía ya que, en esta oportunidad, y a pesar de ir con la historia clínica donde se registra que es una ILE, se les suele hacer escuchar los latidos del feto. A su vez, resulta sumamente importante que la mujer o persona con capacidad de gestar se realice la ecografía luego de haber realizado el procedimiento mediante técnica medicamentosa en forma ambulatoria para corroborar que haya sido efectivo. En tal sentido, desde la Red refieren *“muchas mujeres no la interrumpen de manera ambulatoria y creen que si porque hay pérdida de sangre y si no haces la consulta con la ecografía rápida te perdés la manera de interrumpirlo de manera segura y bueno eso es la persona que entró al sistema que son la minoría, la mayoría lo hace fuera del sistema público...”.*

VIII.c. La discrecionalidad en la certificación de las causales

Como hemos desarrollado en el capítulo V, la certificación de las causales para proceder a la práctica genera un margen de discrecionalidad que posibilita situaciones de violencia institucional por los efectores más resistentes.

Las causales deben interpretarse, en función de la perspectiva pro persona, de la forma más protectora de los derechos a tutelar. Ello es una regla que ha sido internalizada por los trabajadores de la salud que trabajan en pos de garantizar derechos, pero es sumamente resistida por los obstrutores. Los trabajadores de la salud se convierten en los guardianes del derecho al aborto de las mujeres y al mismo tiempo, en centinelas del derecho penal. De esta manera, *“los médicos son aliados, y a la vez,*

enemigos de las mujeres, en una dinámica equivocada que siempre trae consigo algún grado de inaccesibilidad, bajo la forma de sobregulación médica de los servicios de aborto, arbitrariedad en la certificación de una causal o determinación o determinación de tiempo de gestación, amenaza penal, propagación y abuso de la objeción de conciencia, resistencia a la incorporación de avances científicos para realizar la práctica, concentración del poder en ginecólogos y obstetras en desmedro de otros profesionales de la salud, por nombrar algunas barreras” (Ramón Michel y Cavallo s.f.).

En ello radica la limitación de nuestro sistema de causales existente en tanto posibilita que los trabajadores de la salud obstructores y/o resistentes encuentren un margen de acción imponiéndose por sobre los derechos de la mujer y persona con capacidad de gestar que debieran garantizar.

El Protocolo para la Atención Integral para las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del embarazo ha establecido de forma clara los presupuestos para cada una de las causales (Ministerio de Salud de la Nación 2019, 2° Edición).

Con relación a “causal salud” incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. Según la OMS, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006). Frente a ello, desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir La Plata, Berisso y Ensenada entienden que “*todo embarazo no querido es una ILE*”.

En lo relativo a “causal violación” debe tomarse la definición dada por la Ley 26.485 (PLN 2009) y el Protocolo aclara que puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer (incluido el novio, marido o pareja), por personas de su conocimiento de otros ámbitos o por extraños y que no se requiere denuncia penal, conforme aclaró en detalle el caso F;A.L.

A pesar de ello, la interpretación de las causales por parte de los trabajadores de la salud suele ser sumamente variada, facilitando u obstruyendo el acceso a la práctica. Así lo puso de manifiesto la Coordinadora del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, María Julia Bruno, “*uno de los problemas, unas de las obstaculizaciones que tenemos para que se garantice efectivamente la interrupción, no sólo en la región*

11 sino en general, es que eligen realmente las causales. Sabemos que nuestro sistema legal habilita las causales con la misma jerarquía: salud bio-psico-social y violación, ninguna es más causal que la otra pero, en determinados lugares, los equipos motu proprio o por inclinaciones personales creen que algunas son más meritorias que otras, con lo cual ahí tenemos un trabajo muy duro porque tenemos que profesionalizar esto y fortalecer lo que significa la ley y que la cumplan”.

Entre las causales, la causal salud suele ser la más resistida y hay mucha dificultad con las situaciones de violencia sexual dentro de las relaciones matrimoniales o de noviazgo. La palabra de las mujeres y personas con capacidad de gestar es puesta en duda y suelen ser sumamente revictimizadas. Julia Gatica, médica del Hospital “José Ingenieros”, relata al respecto una anécdota que tuvo lugar en un encuentro realizado en el Colegio de Médicos de la Ciudad en el 2018 en el que participo, “... una doctora dió la parte legal, los argumentos y un médico levanta la mano y dice “pero bueno, así todas van a decir que fueron violadas”, entonces levante la mano y le dije “primero no sos juez ni policía, si a vos te dicen es violación, es violación” y además si fuera mentira, la mentira ya lo dijo la Corte Suprema de Justicia corre por cuenta de la mujer, y además ¿qué mujer se va a querer poner en ese lugar tan terrible, de tanta vulneración?, la verdad es que vergonzoso...”.

Como vemos el modelo de causales otorga a los médicos un amplio margen de discreción para decidir si cumple la excepción de la criminalización y si le corresponde la práctica. Sí bien la certificación de la causal debe ser realizada por las Consejerías, cuando llega al servicio de ginecología suelen volver a revisarla, sometiendo muchas veces a la persona a situaciones de revictimización.

Entre un sector de los trabajadores de la salud, la duda en la palabra de la mujer o persona con capacidad de gestar se encuentra muy presente y continúa siendo una exigencia la denuncia penal a pesar de lo estipulado en los citados fallos F;A.L y L.M.R. Lejos de enfocar su función en garantizar derechos, juzgan y violentan, ignorando la complejidad de las vidas de las mujeres y personas con capacidad de gestar reales y el impacto que tiene un embarazo no deseado en la vida de ellas (Borgmann, 2009; Bergallo & Ramón Michel, 2016). En tal sentido, en parte del servicio de obstetricia - ginecología de los Hospitales “San Martín” y “Gutiérrez” se han registrado

tales prácticas. El Hospital Larrain de Berisso, hasta principios de 2019, envió notas oficiales al Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y a la Dirección Provincial de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos, manifestando que no harían ILES a pesar de ser su obligación, conforme nos informaron integrantes de la Dirección Provincial.

Por otro lado, desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir interpretan las causales de forma amplia en función de la interpretación de los derechos puestos a garantizar en la práctica desde una perspectiva pro persona. Refiere Fernando Daverio, integrante de la Red, “... *la interpretación de causales de forma amplia no es una ocurrencia nuestra, esta establecida desde hace muchos años y aparte el Estado firmó muchos Tratados Internacionales donde se responsabiliza a garantizar el derecho mas allá de la ley y que la ley la única restricción que pone esta relacionada con la interpretación de la causal, no es que hay obstrucciones relacionadas con la edad gestacional (...) la garantía del acceso no es una decisión nuestra es que la interpretación amplia es la que corresponde...*”.

VIII.c. Los segundos trimestres: atender violentando.

La mayoría de les entrevistades coincidieron en que los mayores obstáculos para la realización de la práctica se suceden en situaciones de embarazo de segundo trimestre, con el agravante que suele ser cuando las personas se encuentran en estado de mayor vulnerabilidad.

Se trata de mujeres y personas con capacidad de gestar que están atravesando situaciones de violencia cuando es detectado. Julia Gatica, médica del Hospital Interzonal “José Ingenieros”, refiere *“los segundos trimestres que se detectan y pueden llegar a venir a pedir una interrupción no es que sean niñas sino mujeres que sufren violencia de género, de hecho en la gran cantidad de mujeres que atendemos, menos del 20 % son adolescentes de hasta 18 años (...) las que llegan más tarde son las que no pueden levantar la cabeza, no pueden, no se animan, generalmente han sido sistemáticamente vulnerados todos sus derechos, no solo por su pareja, o ex pareja, sino por su madre, padre, por su médico...”*.

Así a las violencias ya padecidas se aduna la violencia institucional de quienes deben garantizar la práctica y se resisten a hacerlo. La Coordinadora del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, María Julia Bruno, nos relato al respecto comenta “...Y también eligen las edades gestacionales, como dice la OMS aborto es hasta las 22 semanas y luego es parto prematuro, entonces ahí también hay hospitales que hicieron protocolos internos, lo cual es ilegal totalmente, una cosa es un algoritmo de procedimiento y otra es un protocolo”. En tal sentido, denunció que “Hay hospitales que se mandaron a hacer protocolos propios eligiendo la edad gestacional, lo cual ahí también es un problema porque después derivan a los pacientes que capaz que ellos mismos les hacen las causales y demás en la consejería y después no los atienden. Entonces ese es uno de los puntos eternamente a trabajar mucho”.

A ello se suma que en embarazos del segundo trimestre, la práctica suele requerir internación, dando lugar a mayores maltratos por parte de ciertos trabajador/as antiderechos. Desde la internación en la sala de maternidad hasta la exhibición del feto luego de la extracción, pasando por el uso de técnicas vetustas y más agresivas para su realización.

En el marco de la internación, les entrevistades nos comentan que han tomado conocimiento de situaciones de mucha violencia y discriminación. En particular, con relación a los varones trans, en el Hospital Cestino, se armó un área específica para garantizar su acceso a las distintas prestaciones del sistema de salud.

Frente a ello, desde la Red de Profesionales se han organizado para evitar tales situaciones y cuando el Hospital al que le corresponde realizar la práctica por la zona programática se opone, se comunican por whatapps entre los integrantes de la Red para ver si lo pueden realizar en otro hospital o se deriva a las socorristas. En tal sentido, Julia Gatica nos manifestó “...nuestra preocupación por resolverlo, la verdad es que en muchas oportunidades autoridades del Programa, de la Región nos han dicho “y bueno que lo tenga y lo de en adopción”, yo antes de decirle eso me corto la lengua, es gente que llega, como te digo, inmersa en una vulneración tras otra e inmersa en violencia de género, no le puedo decir “tenelo, que después le pongo un moñito y lo regalas”, es tremendo...”.

VIII.d. El uso de técnicas vetustas

Otro de los aspectos que se hemos registrado bajo la categoría de violencia institucional es el uso de técnicas ya desaconsejadas como el raspado y curetaje con cureta rígida que son sumamente agresivas.

Recordemos que, como fue desarrollado en el capítulo relativo al marco reglamentario, la Nota técnica N° 3 relativa a atención post aborto, expresamente que la dilatación y curetaje es un método obsoleto de aborto quirúrgico y debe reemplazarse por la aspiración de vacío o por los métodos médicos – en similar sentido lo plantea el Protocolo (Ministerio de Salud de la Nación 2019, 2° Edición) - .

Sin embargo, ya por el “hábitus médico” o bien por la falta de capacitación al respecto, los trabajadores de la salud resistenciales suelen usar estas técnicas. La Coordinadora del Programa, María Julia Bruno, nos refirió al respecto “Nos encontramos con que hay mucha desinformación o información vetusta de esto. Los médicos no se capacitan y lo poco que se capacitaron quedo en el tiempo, no saben usar el miso 200, no saben usar el misoprostol, no saben cuantas son las dosis, los tratamientos, cuanto se espera para la expulsión, si se interna o no, todos esos temas los tocan de oído básicamente o que una vez les contaron, pero la mayoría no están capacitados puntualmente y la técnica de AMEU la tienen como una técnica aislada lejos, y para patologías no para interrupciones”.

Por su parte, Graciela Luquin, médica toco – ginecóloga del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, nos manifestó “Nos dicen que hacen AMEU pero luego no hacen (...) hacen legrado que es lo que conocen los médicos más grandes (...) como el médico interno no sabe hacer AMEU no permite que el residente lo haga porque si a vos te pasa algo quien va a salir a defenderte y la verdad tiene que ver con que como yo no lo sé hacer que no lo sepa hacer el otro no vaya a ser cosa que me supere”.

Hemos consultado en las entrevistas si hay noción por parte de los efectores de salud de que el uso de tales prácticas puede constituir violencia. Las respuestas fueron coincidentes, tanto en las entrevistas como en las encuestas autoadministradas, en el sentido de que no hay un registro de que ello configura violencia y que se requiere capacitación en relación a las técnicas extractivas existentes en toda la región. Ante tal consulta, Graciela Luquin refirió “Es lo que saben hacer y con eso resuelven el problema con lo cual garantiza la interrupción de alguna forma”.

Según la médica, “Es violencia porque como hay unas técnicas nuevas que disminuyen la morbimortalidad, que son más efectivas, que a nivel internacional constituyen el “gold standard” entonces puede caracterizarse como violencia porque no se le esta ofreciendo al paciente lo mejor, lo último, pero, en definitiva, garantizan la práctica y a su forma el acceso pero es algo que nosotros tenemos como meta u objetivo pero tampoco lo censuramos, mientras no sea iatrogénico, mientras que hagan se va a ir mutando de a poco, es un proceso también, cualquier técnica medica es un proceso sustituirla y el tema es, como te dije, como muchos no están capacitados y no van a capacitarse a veces dependen mucho de estas apariciones nuestras para que esto se vaya modificando y ahí empezamos con el proceso”.

Por su parte los profesionales que integran la Red han planteado de forma expresa que el curetaje no debe hacerse más y que para ello se requiere capacitación y personal que realice AMEU. Así, Fernando Daverio nos comentó “hay dos formas de evacuar el útero. Una es con la cureta que es un instrumental agresivo que es la que se hizo siempre tradicionalmente, desde hace mas de 100 años y el método más moderno que es el método por aspiración que es el AMEU (hasta las 14 semanas y se puede estirar hasta las 16 con el instrumental adecuado pero no más allá de las 16) y después de esa edad gestacional, tenés el método farmacológico y si no funciona hay que hacer el método de dilatación y evacuación, que es otro método donde tenés que hacer un procedimiento quirúrgico con instrumental pero no es una cureta que se hace un raspado, eso no debería usarse más, es otro instrumental que no produce esa lesión en el utero”.

No debería usarse más pero, como incluso reconocen las propias autoridades del Ministerio de Salud, el curetaje es el método que se utiliza principalmente. Daverio

agrega —.no se debería usar más y en realidad hoy una mujer tiene los elementos para poder reclamar por una atención con cureta como una mala praxis. Lo que pasa es que hay muy poca gente que conoce sus derechos porque la evidencia internacional en relación al impacto que tiene en la salud es clara, es una práctica obsoleta y que produce daños (...), como la episiotomía o otras prácticas obstétricas que están totalmente obsoletas pero como la formación de los médicos lleva treinta años (...). Julia Gatica, por su parte, refiere —es tortura y es como que me digas —nosotros usamos las sanguijuelas”, también se usaba en la edad media pero se escribió un poco desde la edad media hasta ahora (...) hay poca o nula intención de los servicios de ginecología, que son además los formadores de los residentes y de las residencias de la Provincia de Buenos Aires de incidir en esto, hay que ponerle el ojo a esto porque si vos estas formando gente, le estas pagando a gente cuatro años para que se entrenen haciendo curetajes o se entrenen pensando que pueden decidir sobre el cuerpo de las mujeres después tenemos los problemas que tenemos...”.

Como vemos, con relación a las técnicas, la modificación del —habitus medico” y para ello la necesidad de espacios de capacitación e insumos ha surgido como una constante en todos los entrevistados. Visualizar que el uso de tales prácticas configura violencia institucional permitirá que los trabajadores comprendan en todo su alcance las consecuencias de tal uso y se capaciten en pos de reemplazar tales técnicas.

En tal sentido, Fernando Daverio comentó —.el cambio en las practicas esta más relacionado con un cambio generacional que con un cambio en la evidencia científica, eso pasa siempre, hasta que no se van los médicos que aprendieron hace 30 años, esa práctica se sostiene y en general son los que bajan línea en la facultad, en los colegios médicos, en la agremiación médica, los que están en las organizaciones científicas más reconocidas son quienes reproducen las mismas no son lo/as médicos de la Red de Profesionales los que son escuchados por todo el resto de la comunidad profesional...”. A pesar de ello, como pudimos analizar los cambios que desde la Red de Profesionales han ocasionado en el sistema de salud de la región han sido significativos, disputando tanto en las calles como en los hospitales, para instalar que el acceso a la ILE debe hacerse desde una perspectiva de derechos.

VIII.e. La falta de misoprostol

Hemos elegido colocarlo también como configurativo de la violencia institucional por parte de las autoridades estatales ya que configura un obstáculo para que las mujeres y personas con capacidad de gestar puedan acceder a la interrupción legal del embarazo.

Ha sido a partir del acceso al aborto medicamentoso que ha cambiado el acceso a la práctica y observamos que inclusive ha tenido relevancia sobre las relaciones de poder entre mujeres y personas con capacidad de gestar y les profesionales de la salud, democratizando la relación y dando mayor autonomía a las primeras. Por ello garantizar el acceso a los medicamentos abortivos no sólo es un presupuesto para el acceso a la práctica configurando su falta en sí misma violencia institucional, sino también en condicionante de que el acceso sea libre de violencias.

El misoprostol, combinado con la mifepristona, es la opción más segura y efectiva para la realización de abortos, así lo ha reconocido la OMS en todas sus recomendaciones respecto de los procedimientos para la realización de abortos seguros⁵⁴ y de esta manera fue receptado por el Protocolo (Ministerio de Salud de la Nación 2019, 2º Edición). Tanto el misoprostol como la mifepristona se encuentran incluidos dentro de la lista de medicamentos esenciales de la OMS. La mifepristona seguida de misoprostol es el régimen más eficaz, el “estándar de oro”, aunque ambos son eficaces de modo individual según dosis y tiempo de gestación, etc. (OMS, 2012).

Siguiendo a la OMS, *“se consideran esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costoeficacia comparativa. Se pretende que, en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad*

⁵⁴ Véase la Guía de la OMS “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, de 2012 (2ª Edición) disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf y la “Clinicalpracticehandbookforsafeabortion”, de 2014, disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf?ua=1

garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad.”⁵⁵ (el resaltado es nuestro).

En Argentina, aún debe avanzarse mucho en relación al acceso de estos medicamentos para que estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las forma farmacéuticas apropiadas y a un precio asequible para las personas. Durante el lapso investigado, se llevaron adelante distintas acciones para que el misoprostol se encuentre disponible y se reconozca su uso obstétrico, pero a pesar de ello poco ha sido el avance, escalando su costo a partir de la posición monopólica en el mercado que ha detentado el Laboratorio Beta S.A. hasta octubre de 2018 (CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS) 2019 176). Con relación a la mifepristona, ha sido un avance su recepción en el Protocolo pero aún la ANMAT debe permitir su ingreso al país.

En la región sanitaria investigada, la situación no ha sido distinta. Como un gran avance hemos señalado que el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva comenzó a comprar misoprostol por licitación pública con destino a los Hospitales provinciales, pero la falta de misoprostol en las cantidades requeridas ha sido una constante en los años investigados.

Así lo han puesto de manifiesto la mayoría del personal de salud que entrevistamos. M., enfermera del Hospital Interzonal “José Ingenieros” refiere “...nosotres usamos solo misoprostol. La cantidad nunca nos alcanza, particularmente nosotros tenemos una relación bastante estrecha con dirección del Hospital, lo que nos permite estar más atentos a la cantidad que llega, exigir que se compre, lo que no implica que en momentos no haya faltado”. J., trabajadora social del mismo Hospital, refiere que desde el Hospital se compra por licitación y consume casi la mitad de presupuesto asignado, pero ello obedece a que hay una línea de que debe garantizarse por parte del efector. Con relación a la provisión desde el Programa Provincial, refiere que en los últimos dos años se ha puesto sumamente engorrosa, debiendo llenarse múltiples planillas para poder acceder a cantidades mínimas.

Por su parte, M., del Hospital “Gutiérrez”, manifiesta *tenemos 12 situaciones de ILE por semana y tenemos para tres tratamientos, y eso es una injusticia. Y nosotros*

⁵⁵http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/

tenemos que estar midiendo ahí la situación socioeconómica cuando sabemos que les corresponde". A, trabajadora social del "Hospital San Martín" nos comentó lo mismo: *"es muy escaso el misoprostol que llega"*. En la actualidad, al mes de enero de 2019, si bien se llamó a licitación pública para su compra, no hay misoprostol en los Hospitales provinciales.

Frente a ello, desde la Red de Profesionales se pensaron y discutieron distintas estrategias. Comenta M., *"para nosotras como trabajadora es re difícil pero se lo planteamos así: vos tenes derecho y el Ministerio de Salud se debería hacer cargo y te tienen que garantizar esto, vos no deberías ir a comprarlo pero no hay medicación para todas las ILES"*.

Continúa —. Se lo planteamos así honestamente, porque para nosotras es una contradicción porque nosotros somos efectores de salud y estamos diciendo tenes derecho pero no hay medicación para ello... y en caso de que puedan comprarlo, les recetamos misoprostol para ILE para que vayan a la farmacia". Esto último merece ser señalado porque resulta sumamente relevante: desde la consejería la mujer o persona con capacidad de gestar que puede pagar la medicación se va con una prescripción de misoprostol para realizar la ILE suscripta por un profesional de la salud. Ello es sumamente relevante ya que saca a la práctica del estigma y de la clandestinidad y en caso de tener que ir a una guardia por complicaciones, es un resguardo ante posibles situaciones de violencia.

Esto último si bien ayuda al acceso, no resuelve el problema. M., socorrista integrante de la Colectiva "Las Bravas", comenta que en los últimos años el territorio ha cambiado y hay mucha usura en el comercio del medicamento. En tal sentido, refiere *"...hay pocas farmacias amigables donde se puede ir a comprar, hay farmacias que te venden de a cuatro pastillas o de a 8 pastillas, y ponen en riesgo la vida de las personas. Farmacéuticos que dicen con 8 pastillas te alcanza, cualquier cosa venís a buscar más y mucho mercado libre que no sabemos que es..."*. Desde el Socorrismo consiguen misoprostol y mifepristona a partir de redes internacionales de solidaridad feminista.

Pero el Estado es quien debe garantizar el acceso tanto a la misoprostol como a la mifepristona como presupuesto para el ejercicio de los derechos de mujeres y

personas con capacidad de gestar que así lo requieran. En tal sentido, señala Fernando Daverio, “...*La responsabilidad del Estado es tan grande con relación al derecho que el Estado debería preocuparse no solo que la Anmat lo habilite sino de producir las drogas y las tendría que producir a un costo bajísimo porque en realidad el valor que tienen es mucho mayor al costo de producción (...) si tuviéramos misoprostol es muy importante porque un 90 % de las situaciones se resolverían...*”.

Por último, no queremos dejar de mencionar que desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir La Plata, Berisso y Ensenada se han reunido con la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata y se encuentra en proceso de armado un proyecto para que se desarrolle misoprostol y se produzca en convenio con un laboratorio de la Provincia de Río Negro.

VIII.f. Objetores de conciencia

Si bien la objeción de conciencia requiere una declaración previa por parte del trabajador de la salud, nos encontramos con que en la región ciertos servicios se declaraban todo/as objetores de conciencia, pero sin encontrarse debidamente formalizado. En el convencimiento de que el desarrollo de esta cuestión es sumamente complejo y excede los márgenes de la presente investigación, sólo nos limitamos a hacer algunas consideraciones en función de la información obtenida en la misma.

Durante los últimos tres años todo el servicio de ginecología – obstetricia de los Hospitales “Gutiérrez” y “San Martín” y también por parte del Hospital Larrain, de Berisso se han declarado objetores. Se trataba de una situación que no estaba debidamente documentada pero que en los hechos obstruía el acceso a la práctica. El efector objetor debe de inmediato derivar la situación a otro efector.

En tal sentido, refiere M., trabajadora social del Hospital Gutiérrez, “...*Había como una objeción de conciencia de todo el servicio y una militancia de la jefa del servicio para que todas sean objetoras, el tema es que si vos no sos objetor, no vas a negociar y serás el médico abortista...*”. A partir de allí, desde la consejería se empezó a exigir la formalización del registro de objetores. Comenta M. , “... *le pedimos en medio de la marea verde a la jefa de gineco el listado actualizado, y hacia mucho ruido a las propias ginecólogas que decían que quieren acompañar en el acceso a derechos, y*

tener que firmar por una conveniencia interna era difícil (...) ahí detectamos que se requebrajo esa complicidad fuerte entre ginecólogas y encontramos gente que esta dispuesta a acompañar...”.

Al consultar el Programa Provincial sobre el registro de objetores de cada hospital provincial, nos contestaron que no contaban con tal información, tratándose de registros internos no oficiales que manejan dentro de los efectores, que no tienen por lo tanto ningún tipo de valor legal.

Por último, en la encuesta auto administrada, también consultamos por este punto y la mayoría de las respuestas coincidieron en que no tener tales registros. Ante ello, observamos situaciones de hecho de presiones y posicionamientos dentro de los servicios, en función de la posición de los/las jefes de servicio o directores pero que no se encuentran debidamente configurados y oficializados como tales. En todo caso y más allá de las objeciones individuales, el servicio en sí no puede serlo hacerlo y los centros de salud debe garantizar la práctica, debiendo recurrir de inmediato a un efector que realice la práctica.

VIII.g.La criminalización post aborto: entre la salud y la persecución penal

Otras situaciones de violencia institucional que han sido registradas en la investigación tienen lugar cuando la mujer o persona con capacidad de gestar se acerca a la guardia ante complicaciones requiriendo atención post aborto.

De las entrevista a los trabajadores de la salud, ha surgido como una constante la denuncia o la amenaza de ser denunciadas ante el sistema penal. Vemos así como las mujeres que buscan atención médica por una emergencia obstétrica se exponen a las consecuencias de la penalización del aborto. El primer eslabón del dispositivo persecutorio son los trabajadores de la salud que hacen una denuncia a la policía. A pesar de que el caso se inicia viciado por la violación del secreto profesional, los fiscales y jueces dan curso a la acción penal.

Se estigmatiza desde las guardias a las mujeres y personas con capacidad de gestar que requieren atención obstétrica, y ello condiciona fuertemente su acceso a la salud (de la Vega, Cárdenas y López Cabello 2017).

También se suelen dar situaciones de malos tratos, falta de atención médica los malos tratos e inclusive el uso de técnicas para la expulsión más agresivas.

Frente a ello desde la Red de Profesionales articulan entre sí para que, en caso de complicaciones, las mujeres y personas con capacidad de gestar puedan presentarse ante *“guardias amigables”*. M., socorrista, refiere *“Días seguros hay uno en Ensenada, dos en el Hospital “Gutiérrez” y el resto es medio una lotería, si les decimos que decir y que no para que no se sientan juzgadas y violentadas y centralmente, para que sean atendidas”*. Continúa, *“...Muchas personas les da vergüenza y empiezan a contar algunas cosas. Nosotras le decimos —anda a la guardia y deciló, explica todo, no te quedés callada, esto es un riesgo, es un síntoma de alarma”*”, entonces, *se quedan tranquilas que no la estamos mandando a un lugar donde van a hacer perseguidas ni maltratadas”*.

Fernando Daverio, con relación a este punto, refiere *“cuando hay mujeres que están fuera del sistema que tienen una complicación, nosotres, con mucha celeridad tratamos de resolverlo porque sabemos que esos son las mujeres que se mueren...”*. Aclara *“...las mujeres no se mueren porque tienen un aborto clandestino porque la inseguridad del aborto no esta relacionada con que sea clandestino porque los métodos son bastante parecidos sino esta relacionado con que no hay respuesta a la complicación, la gran mayoría no se complica pero cuando se complican no hay respuesta porque no hay ningún compromiso desde el sistema de atención clandestino en relación a los derechos de las mujeres. En cambio el Estado tiene el compromiso de garantizarlo, entonces si una mujer llega hacia nosotros y hay una complicación nosotros lo vamos a resolver...”*.

La articulación dentro de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir garantiza que ante una complicación la mujer o persona con capacidad va a ser atendida encontrándose en riesgo su salud y vida sin ser ni criminalizada y/o violentada y ello hace la diferencia entre un aborto seguro y uno que no lo es. Refiere Fernando Daverio *“resolvemos casos que están complicados, y eso hace que no se mueran las mujeres*

porque esa es la diferencia entre aborto seguro e inseguro: es la resolución de la complicación asegurada”.

También, las mujeres y personas con capacidad de gestar suelen ser violentadas al realizarse el control post aborto. M., enfermera del Hospital Interzonal “José Ingenieros” refiere *“hay todo el tiempo, situaciones de violencia de las que te puedas imaginar. Desde las más leves hasta querer retener el embarazo que va en curso por todos los medios. O hasta que le digan a la mujer esto es ilegal. Las más leves como hacerla escuchar los latidos, mostrarles las imágenes a pesar de que tienen una orden que dicen que es una ILE, eso es un maltrato total. La verdad es que por ahí se sistematiza es que algunas mujeres en el momento de la interrupción que sangran mucho y se asustan y van a consultar, sobre todo las que no han tenido parto previo, les hacen una eco y les hacen un legrado sabiendo que están con una ile en curso...eso es lo peor y no se visibiliza tanto como violencia pero es lo peor o cuando les mandamos a hacer la ecografía post a veces las mujeres manejan mucha ansiedad y no esperan los 7 días, entonces les sale el endometrio engrosado y las mandan derecho al raspaje que es una intervención sumamente evitable que se soluciona con dos comprimidos más, muy sencillo, que no pueden no saberlo, creo que esos son los actos violentos más comunes que no se perciben como violencia...”.*

Ante ello, se van armando estrategias desde la propia Red para que las mujeres y personas con capacidad de gestar no sean violentadas y criminalizadas. Así se ha implementado ir a las guardias con el consentimiento informado donde consta que esta realizando una ILE o bien la prescripción médica suscripta por quien realizó la consejería. Pero como veremos aún falta mucho y la respuesta por parte del Estado ante los trabajadores de la salud que violentan y obstruyen la práctica no ha sido de todo rigurosa, como veremos en el acápite siguiente.

IX. Respuesta estatal hacia los trabajadores de la salud que no cumplen la Ley

También indagamos sobre cuál ha sido la respuesta estatal hacia los trabajadores de la salud que obstruyen y violentan a las mujeres y personas con capacidad de gestar en ocasión de solicitar el acceso a la interrupción legal del embarazo durante el lapso investigado. Ello en el entendimiento de que garantizar el acceso al ILE es parte de su función como agentes estatales.

Hemos tomado como presupuesto que los trabajadores de la salud y los funcionarios del Ministerio de Salud del deben garantizar la práctica de acceso a la ILE desde una perspectiva pro persona. Ello es parte de su función pública que, como también dijimos, es laica. Ante incumplimiento de tal mandato, debieran responder profesionalmente y ser retirados de tal función.

Si bien en momentos de hacer las entrevistas y la encuesta autoadministrada tomamos ello como presupuesto, pero nos encontramos con una realidad que dista mucho de ello.

A pesar de existir conocimiento de jefe/as de servicio y direttore/as de hospitales obstrutores, continúan en sus cargos. Recientemente, en diciembre de 2019, se ha dado un cambio en varias jefaturas y direcciones, pero los trabajadores y funcionarios que obstruyen y se resisten al acceso a la práctica de ILE siguen en sus lugares, sin sanciones al respecto.

Al ser consultada sobre situaciones de violencia institucional que les han llegado al Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, la Coordinadora, María Julia Bruno, refirió —. *Si por supuesto. Trabajamos mucho en equipo con la gente de violencia del ministerio, ellos se encargaban de la parte legal, **nosotros no tenemos potestad para hacer acción legal más que hacer la denuncia y seguirla** y dar nuestro aporte desde lo técnico. Pero si recibimos denuncias formarles e informales de violencia y las trabajamos ...*”. Durante el lapso investigado, si bien han materializado denuncias, no hubo sanciones disciplinarias y más allá de las capacitaciones que se han realizado en la región en efectores de salud obstrutores, pareciera que la situación se convierte en una pelota que se pasan entre sí las subsecretarías del Ministerio, sin avances sustanciales.

E., abogada de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos, nos comentó al respecto “*Esta gestión tuvo una decisión de*

implementar mecanismos para llevar adelante los sumarios pero en general no hay sanciones disciplinarias sino que cuando se advierte que hay muchas situaciones en una región determinada se hace una capacitación y se obliga a que asistan esas personas”.

A pesar de las capacitaciones, observamos que aún falta profundizar que se trata de una obligación en el marco de sus funciones y quien así no lo haga, debe ser sancionado y/o separado del cargo.

Debe enviarse el mensaje claro de que hacer la práctica implica garantizar derechos. No puede ser optativo para quien forma parte del sistema de salud garantizar los derechos o no, pero a pesar de ello aún hay una posición más dialoguista con relación a estas personas, donde se toleran tales incumplimientos.

Por ejemplo, los dos pedidos de sumario administrativo realizados por la actuación de la jefa de servicio de ginecología – obstetricia del Hospital –San Martín”, Adelaida Soria no han tenido respuesta en estos cuatro años. Los pedidos se hicieron desde la Campaña Nacional por el Derecho Al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en el año 2015 a raíz de la denegatoria de una ILE y el maltrato sufrido por una joven víctima de violación que tomó estado público. También desde la Red se han denunciado situaciones de violencia institucional, pero sin ningún resultado más allá de la institucionalización de la denuncia.

Hemos comentado que desde el Hospital Larrain de Berisso en reiteradas oportunidades se dirigieron a las autoridades provinciales manifestando que no realizarían ILES. En 2018, llegó una situación de una joven trabajadora sexual al Hospital y si bien le realizaron la práctica, no funcionó. La mujer tuvo una hemorragia y la dejaron sola sin atenderla –a modo de disciplinamiento”, en palabras de la abogada de la Dirección de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y no Violentos. Frente a ello, el equipo móvil se apersonó en el lugar, se tomó conocimiento de la situación y se elevó para que se tomen medidas. Aún, al momento no hubo novedades.

Como puede verse, en relación a la respuesta estatal frente a estas situaciones de violencia institucional estamos a mitad de camino. Si bien hay un reconocimiento de las prácticas como constitutivas de violencia y se trabaja en capacitar, se baja al Hospital

resistencial, se sustancian las denuncias, pero aún no hubo sanciones al respecto. Tal situación puede hacer pasible al Estado de responsabilidad internacional.

Séptima parte: ¿Y ahora que si nos ven?

X. Conclusiones y reflexiones

El objetivo de la investigación fue analizar la actuación de los efectores de salud hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que intentan acceder a la interrupción legal del embarazo en el marco del sistema de salud pública de la Región Sanitaria N° 11 en la Provincia de Buenos Aires desde una perspectiva de género y derechos humanos, tomando como hipótesis que el modelo de causales hoy vigente resulta posibilitante de situaciones de violencia institucional en el acceso a la práctica.

Los resultados de la investigación se presentan como parte de una memoria colectiva de un momento histórico particular en el que el reclamo por el aborto legal se ha instalado a partir de la lucha del movimiento feminista y de mujeres que han tomado las calles para exigir sus derechos. Ello también ha generado tensiones, marchas y contramarchas, en la región en relación al acceso a la interrupción legal del embarazo protagonizados por dos sectores: el primero de ellos que actúa bajo una perspectiva de derechos humanos y el segundo de ellos que se opone y resiste a partir de posición conservadores con fuertes tintes de fundamentalismo religioso y patriarcal.

Las mujeres y personas con capacidad de gestar abortamos históricamente; continuar con un embarazo no deseado tiene afectaciones muy graves en la salud y vida de nosotres. Siguiendo a Bellucci, cada vez que una mujer o persona con capacidad de gestar aborta *“hace caer en desuso y vuelve inimplementable la ley que penaliza la práctica del aborto y el control estatal sobre sus cuerpos”* (Bellucci 2014:405) y eso lo vemos a diario, pero el problema se presenta frente a las condiciones en las que se realiza la práctica y la atención ante eventuales complicaciones.

“Y ahora que estamos juntas, y ahora que si nos ven...”, nos encontramos a la orilla del posible reconocimiento legal de la interrupción voluntaria del embarazo, llevándose nuevamente a tratamiento un proyecto de interrupción voluntaria del embarazo por parte del Poder Ejecutivo Nacional, empujados por una *“marea verde”* que nos ha empapado. No ha sido un proceso de años, sino de décadas y muy resistido: es una de las deudas que tiene nuestra democracia.

Por ello, en primer lugar, hemos analizado el acceso al aborto no punible como una realidad que debe ser visibilizada y reconocida. Es una situación en un momento determinado del continuo vital de mujeres y personas con capacidad de gestar y debe acceder a la práctica cuando lo requiera, tomando en cuenta sus derechos y no una interpretación textual de la norma.

Así pudimos comprobar que, en función de la existencia de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en La Plata, Berisso y Ensenada, el acceso a la práctica se encuentra más asegurado en tales distritos que en el resto de los distritos que componen la Región Sanitaria N° 11, lo que hace que mujeres y personas con capacidad de gestar deban trasladarse sí cuentan con los medios para ello.

Asimismo, resultan de suma relevancia para garantizar la práctica las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, resultando a nuestro entender, *“trincheras amigables y respetuosas de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar”*, debiendo procederse a su creación en los otros distritos que componen la región sanitaria N° 11.

Otra cuestión que hemos podido acreditar, es que posicionándonos desde la perspectiva pro persona y la perspectiva de género, la interrupción del embarazo es legítima, no siendo posible admitir restricciones que nos posicionan en una posición de poder de abuso y discrecionalidad sobre la salud y vida del otro/a. Es una obligación jurídica que se desprende de un conjunto de normas y de las decisiones de órganos internacionales (Comités, Relatorías) en el marco del sistema universal y regional de protección de los derechos humanos.

Como hemos expuesto, ha quedado corroborado que el sistema de causales e indicaciones hoy vigente es posibilitante de situaciones de violencia institucional por parte de efectores resistentes/obstructores. A partir del uso de tal *“categoría”* pudimos registrar distintas acciones y omisiones estatales que vulneran los derechos de mujeres y personas con capacidad de gestar que encuentran su correlato en ese margen aún existente. Visibilizar estas situaciones también hace a *“nos vean”*.

Dentro de tal marco, ha quedado acreditado que, como primera barrera, aparece el desconocimiento de la existencia de que acceder a la ILE es un derecho. En tal sentido, vemos que la mayoría de las mujeres y personas con capacidad de gestar

continúan recurriendo al aborto clandestino porque desconocen que tiene el derecho a la ILE por parte del sistema público de salud.

Luego, también hemos observado que una vez que la mujer o persona con capacidad de gestar accede a la información y toma conocimiento de que tiene derecho se suele encontrar con que al llegar al efector de salud le digan que no hacen ILES, que es un delito, maltratándola y obstruyendo el acceso. Se ha observado la existencia de una “calesita”, donde se dan múltiples derivaciones e información incompleta para impedir o demorar el acceso.

A su vez, es la misma certificación de las causales para proceder a la práctica genera un margen de discrecionalidad que posibilita situaciones de violencia institucional por los efectores más resistenciales.

En aditamento a lo expuesto, se ha observado que los mayores obstáculos para la realización de la práctica se suceden en situaciones de embarazo de segundo trimestre, con el agravante que suele ser cuando las personas se encuentran en estado de mayor vulnerabilidad.

También resulta de suma relevancia, incluso ha sido reconocido por parte de las autoridades del Ministerio de Salud, que el curetaje es el método que se utiliza principalmente para realizar la práctica a pesar de ser obsoleto y constituir un trato cruel, inhumano y degradante. Debe avanzarse en la provisión y capacitación del uso del Misoprostol y asimismo, en la autorización de la Mifepristona para garantizar la práctica.

En relación a la objeción de conciencia, nos encontramos con una situación sumamente irregular en la región investigada, donde ciertos servicios se declaraban todo/as objetores de conciencia, pero sin encontrarse debidamente formalizado y ser irregular.

Ante tales acciones y omisiones que configuran violencia institucional, hemos observado que la respuesta estatal aún se encuentra a mitad de camino. Si bien se han realizado capacitaciones y se han instruido sumarios a los profesionales obstructores y violentos, aún no hubo sanciones al respecto.

También sigue sumamente presente la criminalización o amenaza de criminalización como una constante por parte de los efectores resistenciales que hace que las mujeres y personas con capacidad de gestar pongan en riesgo su salud y vida al requerir atención médica por una emergencia obstétrica. En relación a tal punto, queremos citar la opinión de Fernando Daverio, *quien expresó “...las mujeres no se mueren porque tienen un aborto clandestino porque la inseguridad del aborto no esta relacionada con que sea clandestino porque los métodos son bastante parecidos sino esta relacionado con que no hay respuesta a la complicación, la gran mayoría no se complica pero cuando se complican no hay respuesta porque no hay ningún compromiso desde el sistema de atención clandestino en relación a los derechos de las mujeres y a su vez, al estar penalizado el aborto, la mujer se siente sumamente expuesta”*.

Por ello, se requiere poder avanzar hacia la despenalización y legalización del aborto en todos los supuestos, resultando garante el Estado de su implementación en función de los compromisos asumidos internacionalmente y también, en función de un deber con la democracia misma. La función del Estado no es otra que garantizar los derechos de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción y eso implica, en palabras de Salvioli, *“... que no haya que pedir permiso ni explicar la obligación de garantía de parte del poder público, puesto que los derechos humanos son la única y valedera razón de Estado”*.

Traemos a colación las palabras de uno de los profesionales de la salud entrevistados, quien nos planteaba que —.el juego de la responsabilidad legal en relación a la garantía de derechos esta ahí, ahí esta la discusión, **quien se hace responsable y en realidad claramente el responsable es el Estado** (...) lo cierto es que por ahora estamos muy lejos de poder garantizar el derecho a toda la población pero si es importante dejar en claro que toda la Red tiene el convencimiento de que debemos sortear obstáculos y que igual hay que hacerlo aunque el Estado no lo garantice...” (el resaltado es nuestro). En el marco de la investigación ha surgido que a enero de 2020 el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva ha manifestado no contar con recursos para garantizar la práctica. Coincidimos que se requiere que, sin titubeos, ni medias tintas, el Estado garantice el derecho: ese deber de garantizar implicará tanto informar sobre los derechos hasta generar las condiciones materiales para la realización

de la práctica, debiendo proceder con la sanción y el apartamiento de cualquiera de sus integrantes que no direccionen su labor a ello.

Nuestros postulados teóricos resultaron a su vez guía para tal objetivo: debemos llevar el feminismo y los derechos humanos a la práctica. Sin ello, no hay transformación ni esperanza posible.

(Y ahora que estamos juntas...). Así lo han comprendido, como fue desarrollado en la investigación, la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, las Socorristas y la Campaña Nacional por el Derecho Al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Desde sus distintos lugares, han internalizado que su función es garantizar derechos y encontrando obstáculos y resistencias dentro de su ámbito de referencia, salieron a aliarse con pares y otros actores en pos de poder hacerlo.

Y es en el encuentro y diálogo con este tejido donde más pudimos aprender y comprender sobre la temática investigada. No quedan dudas de que en la región contamos con cuatro columnas sumamente importantes sobre las cuales sostenernos para avanzar. Fue tan creativo y disruptivo tal encuentro que nos llevo a cambiar el esquema trazado en la investigación, priorizando dar cuenta de aquel tejido integrado por trabajadore/as de la salud del primer y segundo nivel de atención, activistas feministas, socorristas e integrantes de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, su constitución, estrategias y sus engranajes para garantizar derechos y en segundo lugar, desarrollar y sistematizar las situaciones de violencia institucional en la región.

En tercer lugar, con relación al estado de situación de la región la existencia de la Red hace que la situación sea sumamente heterogénea entre La Plata, Berisso y Ensenada y los otros distritos, existiendo mucha demanda de estos distritos hacia la Red.

Desde el plano estatal si bien hubo avances en el acceso al derecho, los mismos son insuficientes (aún la mayoría de las mujeres y personas con capacidad de gestar de la región no acceden), faltan recursos humanos en los hospitales, la creación de nuevas consejerías en hospitales provinciales de otros distritos y en centros de salud del primer nivel de atención para mejorar la accesibilidad, misoprostol para realizar la práctica y

capacitación con carácter obligatorio a todos los efectores de salud, así como también, una línea de acción consistente ante los efectores públicos que se violentan y obstruyen el acceso a la práctica.

Observamos que hay una distancia kilométrica entre un Estado con buenas voluntades y un tejido construido socialmente que efectiviza los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar a diario.

Es que es, a partir de este tejido entre Consejerías, Socorristas y Campaña Nacional por el Derecho al Aborto que convergen en la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, que se consolidaron engranajes para garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo en la región en una escala que supera ampliamente la manejada por el Ministerio de Salud. Pudimos ver como el alcance de las experiencias de organización social feminista en los hechos, movidas por el compromiso y la sororidad de sus integrantes supera ampliamente a lo delineado en términos de política pública por el Estado Provincial.

(Y ahora que si nos ven...). Por último, observamos que ello está siendo reconocido por el Estado Provincial al centrarse en el reconocimiento de esta Red y apoyarse en ella en la región, pero aún deben darse, desde su rol de garante, pasos claros en términos de políticas públicas.

Para garantizar el acceso a la práctica, se requiere capacitación obligatoria de todos los equipos de salud en interrupción legal del embarazo, conformación de Consejerías en los hospitales de la región que aun no cuentan con ellas en coordinación con los municipios, provisión de misoprostol a los efectores de salud, reconocimiento oficial por la ANMAT de la mifepristona y su provisión al sistema de salud, capacitación en técnicas extractivas, y, el compromiso de sancionar al personal de salud que obstruya y/o violenta a una mujer o persona con capacidad de gestar en el ejercicio de su derecho.

XI. Bibliografía

Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. «ms.gba.gov.ar.» 2016. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/03/Informe-gesti%C3%B3n-2016.pdf> (último acceso: 11 de agosto de 2019).

"R. , L.M. , „NNPersona por nacer. Protección. Denuncia"" Causa Ac. 98.830 (Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires , 31 de Julio de 2006).

12, PAGINA. *Estar en el lugar equivocado*. 23 de julio de 2015. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-277689-2015-07-23.html> (último acceso: 25 de julio de 2019).

Abramovich, Victor. «Prólogo a la edición en español.» En *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias*, de Rebecca Cook, Joanna N. Erdman y Bernard M. Dickens. México: Fondo de Cultura Económica, 2016.

Abramovich, Victor, y Laura Pautassi. «El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina .» *Revista de Salud Colectiva*, 2008: 266.

Alcaraz, Maria Florencia. *La izquierda diario, La construcción patriarcal de una mala madre*. 7 de septiembre de 2016. www.laizquierdadiario.com/Caso-Celina-Benitez-la-construccion-patriarcal-de-una-mala-madre (último acceso: 11 de agosto de 2019).

Alcaraz, María Florencia. *Marcha*. 20 de junio de 2015. <https://www.marcha.org.ar/celina-benitez-yo-no-soy-una-mala-madre/> (último acceso: 11 de agosto de 2019).

Alcaraz, Maria Florencia. *Que sea Ley. La Lucha de los feminismos por el Aborto Legal* . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Marea SRL, 2018 .

Amnistía Internacional . *Violencia institucional contra las mujeres* . julio de 2017. <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/07/3195/violencia-institucional-contra-las-mujeres> (último acceso: 25 de marzo de 2019).

Amnistía Internacional Argentina. «ms.gba.gov.ar.» 7 de noviembre de 2016. http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/01/Pedido-de-informaci_n-SRR-Buenos-Aires.pdf (último acceso: 22 de agosto de 2019).

Amnistía Internacional Argentina, ELA. «[https://amnistia.org.ar/.](https://amnistia.org.ar/)» 26 de Octubre de 2016. https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2016/10/ONGs-Carta-Apoyo-Protocolo-ILE-PBA-AMNISTIA-INTERNACIONAL-Final.pdf?utm_source=Prensa&utm_campaign=53a8b669ad-EMAIL_CAMPAIGN_2016_10_27&utm_medium=email&utm_term=0_a60e315cac-53a8b669 (último acceso: 10 de enero de 2020).

Arballo, Gustavo. «Localizando el derecho a la salud.» En *Tratado de derecho a la salud* , de Laura Clérico, Liliana Ronconi y Martín (coordinadores) Aldao, 1621-1652. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 2013.

Archenti, Nélica, Alberto Marradi, y Juan Ignacio Piovani. *Investigación cualitativa en ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores, 2007.

Association for Women's Rights in Development (AWID). «Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica .» *Derechos de las mujeres y cambio económico*, Toronto, Canada, 2004.

Azrak, Damián. «El derecho a la salud en la ciudad.» En *Pensar la ciudad. Comentarios a la Constitución porteña desde la igualdad, la autonomía personal y los derechos sociales.* , de Damián (Coordinador) Azrak. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.

Barrancos, Dora, Eva Giberti, Diana Maffía, y Susana Beatriz (coordinadora) Gamba. *Diccionario de Estudios de género y feminismos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Editorial Biblos, 2007.

Bautista Revelo, Ana Jimena, Anna Joseph, y Margarita Martínez Osorio. *Cárcel o muerte. El secreto profesional como garantía fundamental en los casos de aborto*. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, 2017.

Bellucci, Mabel. *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual, 2014.

Bergallo, Paola. *El Aborto en América Latina*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018.

Bergallo, Paola. «Intrepretando derechos: La otra legalización del aborto en América Latina.» En *Debates y Reflexiones en torno a la despenalización del aborto en Chile*, de Casas Lidia y Lawson Delfina. Santiago de Chile: Ediciones Loñ, 2016.

Bergallo, Paola. «La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en la argentina .» En *Abortion Law in Transnational Perspective: Cases and Controversies*, de Bernard Dickens y Joanna Erdman Rebecca Cook. Penn University Pres, 2014.

Bergallo, Paola, y Agustina Ramón Michel. «The constitutionalization of abortion in Latin American Law.» En *Hadbook in Latim American Constitutionalism*, de Roberto Gargarella y Juan (comps.) Bertomeu. Londres: Ashgate, 2015.

Bispo, Clisya, Bertino Dias, y Vera Costa Souza. «Violencia Institucional sufrida por mulheres internadas em processo de abortamento.» *Revista Baiana de Enfermeria*, 2007.

Blazquez Graf, Norma - Compilador/a o Editor/a, y Fátima Flores Palacios. *Investigación feminista : epistemología, metodología y representaciones sociales*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2010.

Bodelon, Encarna. «Violencia institucional y violencia de género.» *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 48, 2014: 131-155.

Bourdieu, Pierre. *Una invitación a la sociología reflexiva* . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008.

Butler, Judith. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós, 2007 publicación original en inglés en 1999.

Cabrera, Oscar. «Repositorio Clacai.» 2015.

Carbajal, Mariana. «Una reparación histórica por un derecho negado.» *Página 12*, 11 de Diciembre de 2014.

Cárdenas, Edurne, Andrés Lopez Cabello, y Lucía de la Vega. «Acceso desigualitario al aborto legal y criminalización y selectiva.» En *INFORME ANUAL*, de Centro de Estudios Legales y Sociales. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2017.

Cárdenas, Edurne, y Vanina Escales. *Ni una menos: La violencia institucional a la luz de la Ley de Protección Integral a las mujeres*. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), 2016.

Castro, Roberto. «Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México.» Investigación financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) Proyecto 83476, Ciudad de México, 2010.

Cavallo, Mercedes. «La confidencialidad médica en materia de aborto en Argentina, Perú y Uruguay.» *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011: 159-162.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS). «Movimientos. Las luchas por los derechos en democracia.» En *Informe Anual 2019*, de CELS. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2019.

—. «www.cels.org.ar» 10 de diciembre de 2019. <https://www.cels.org.ar/web/tag/misoprostol/> (último acceso: 2019 de diciembre de 2019).

«Código Penal Argentino.» 2019.

Colectivo de Abogados Populares La Ciega . *Hecha la ley: legislaciones kichneristas, apuntes para la reflexión*. La Plata: Pixel, 2015.

Comité CEDAW. «Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos con ocasión de la revisión del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (El Cairo, Egipto), más allá del 2014.» 2014.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales . «Observación General N° 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva.» E/C.12/GC/22, 2016.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. «Observación General N° 14 "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud".» E/C.12/2000/4, CESCR, Ginebra, 2000.

Comité de Derechos Humanos. «Observación General N° 28.» *Artículo 3 La igualdad de derechos entre hombres y mujeres* . UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.7, 2000.

Comité de Derechos Humanos, ONU. «Communication No. 1608/2007.» 28 de Abril de 2011.

Comité de Derechos Humanos. Observación General N° 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. CCPR/C/GC/R.36/Rev.7. 3 al 28 de Julio de 2017.

Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém Dó Pará (MESECVI). *Declaración sobre la Violencia contra las Niñas, Mujeres y Adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos* . Montevideo : OEA/Ser.L/II.7.10MESECVI/CEVI/DEC.4/14, 19 de septiembre de 2014.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). «Recomendación General 21 .» *La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares* . 1994.

—. «Recomendación General 24.» *La mujer y la salud (artículo 12)* . UN Doc. A/54/38/Rev. 1, 1999.

—. «Recomendación General N° 28.» CEDAW/C/GC/28, 16 de diciembre de 2010.

Cook, Rebecca. «Gender, health and human rights.» *Health and Human Rights: An International Journal*, 2005: 350-366.

Crenshaw, Kimberlé. «The Normality of Man and Female Otherness: (Re) Producing Patriarchal Lines of Argument in the Law and the News.» *Argumentation and Advocacy*, 1996: 170-184.

Czubaj, Fabiola. «Investigan si una paciente que murió en un hospital se había hecho un aborto ilegal.» *La Nación*, 10 de Diciembre de 2019: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/murio-mujer-la-plata-someterse-aborto-clandestino-nid2314040>.

De Beauvoir, Simone. *El Segundo Sexo*. Paris: Gallimard, 1949.

De Lauretis, Teresa. *Technologies of Gender. Essays on theory, Film and Fiction*. Londres: Macmillan, 1989.

F;A.L s/medida autosatisfactiva. 335:197 (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 13 de marzo de 2012).

Facia Montejó, Alda. *Cuando el género suena trae cambios: una metodología para el análisis del género para el fenómeno legal*. San José de Costa Rica: ILANUD, 1999.

Ferré, Mireia Baylina. «Metodología para el estudio de las mujeres y la sociedad rural.» *Revista CSIC*, 2004.

Foucault, Michael. *Seguridad, Territorio y población*. Madrid: Akal, 2008.

Foucault, Michel. *Defender la sociedad*. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 2006.

Galli, Beatriz. «Reflexões sobre o estigma social e violência institucional em processos judiciais de mulheres e .» *Repositorio Clacai*.

Garay, Oscar Ernesto. «Competencias de la Nación y de las Provincias para legislar en materia sanitaria .» *Revista La ley*, 2008-A: 33-46.

Gherardi, Natalia, Camilo Hoyos, y Cecilia Gebruers. *Violencia sexual en las relaciones de pareja: el derecho al aborto*. Buenos Aires: ELA, 2015.

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires . «www.gba.gob.ar.» 10 de enero de 2020.

https://www.gba.gob.ar/comunicacion_publica/noticias/la_provincia_adoptó_el_nuevo_protocolo_que_garantiza_el_derecho_al (último acceso: 10 de enero de 2020).

Guzmán, Diana E, y Gonzalez, Nina Chapparro. *Los remedios que da el derecho: el papel del juez constitucional cuando la interrupción del embarazo no se garantiza.* . Bogota: DE JUSTICIA, 2015.

Hopp, Cecilia. «Maternidad y delito: Una agenda para el feminismo. .» *Revsta Argentina de Teoría Jurídica*, 2017.

Humanos, Comité de Derechos. «Observación General 6, Comentarios generales adoptados por el Comité de Derechos Humanos, Artículo 6, Derecho a la vida.» *UNDOC HRI/GEN/1/Rev.7*. 1982.

INFOBAE. «Una mujer de 33 años murió por un aborto clandestino en La Plata.» *INFOBAE*, 9 de diciembre de 2019: <https://www.infobae.com/sociedad/2019/12/09/una-mujer-de-33-anos-murio-por-un-aborto-clandestino-en-la-plata/>.

Inseguro, Clacai Consorcio Lationoamericano contra el Aborto. <http://www.clacaidigital.info>.

Institute, Alan Guttmacher. <http://www.guttmacher.org>.

Internacional, Amnistia. *violencia-institucional-contra-las-mujeres*. <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/07/3195/violencia-institucional-contra-las-mujeres>.

Kimberle, Crenshaw. «Conferencia Mundial contra el racismo.» 2001.

La Izquierda Diario. «La Plata: murió una mujer de 34 años por un aborto clandestino.» *La Izquierda Diario*, 9 de diciembre de 2019: <http://www.laizquierdadiario.com/La-Plata-murio-una-mujer-de-34-anos-por-un-aborto-clandestino>.

Lagarde, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres: madesposas, monjas, putas, presas y locas*. Mexico : Siglo XXI Editores, 2014.

Lamas, Martha. «Género, diferencia de sexo y diferencia sexual .» *Debate feminista* 20, 1999: 10.

Lara, Rodolfo. «Se va la ministra de salud de Maria Eugenia Vidal.» *Clarín*, 7 de julio de 2017.

Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. *Cómo hacer un aborto con pastillas* . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Colectivo, 2012.

«Ley Provincial 14738.» *SALUD REPRODUCTIVA-DERECHOS HUMANOS-ASISTENCIA SANITARIA-LEY DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE*. 15 de septiembre de 2015.

Marcela, Romero, Abalos A, y Silvina Ramos. *La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo de Milenio 5. Hoja informativa 8*. Buenos Aires: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina, 2013.

Marienhoff, Miguel Santiago. *Tratado de Derecho Administrativo*. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1965.

Marta, Lamas. «Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF.» *Salud Pública de México Vol. 56*, 2014: 56-62.

Mendez, Juan E,. «Informe Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.» 1 de febrero de 2013.

MESECVI. «Carta para el presidente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.» Buenos Aires, 29 de noviembre de 2018.

—. «Declaración sobre la Violencia contra las niñas, mujeres y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos .» 19 de septiembre de 2014.

Mexico, Suprema Corte de Justicia de la Nación de. «Protocolo para juzgar con perspectiva de género. Haciendo realidad el derecho a la igualdad.» Mexico , 2013.

Mines, Maria, Gabi Diaz Villa, Roxana Rueda, y Veronica Marzano. «El aborto lesbiano que se hace con la mano: Continuidades y rupturas de la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012).» *Revista Bagoas, volumen 7 N° 9 Centro de ciencias humanas, letras e artes da Universidade Federal de Rio Grande do Norte*, 2013.

Ministerio de Salud de la Nación. «Protocolo para la Atención Integral de las Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.» *Resolución 1/2019*. Buenos Aires, Diciembre de 2019, 2° Edición.

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES .
«<http://www.ms.gba.gov.ar/>» 17 de Julio de 2016.
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/01/Resoluci%C3%B3n-del-Consejo-Asesor-Programa-SSR-PBA.pdf> (último acceso: 25 de agosto de 2019).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr>. 10 de octubre de 2019.
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/rendicion-de-cuentas/informes/> (último acceso: 10 de octubre de 2019).

Minow, Martha. *Making all the difference: Inclusion, exclusion and American Law*. California: Cornell University Press, 1991.

Morales, Diego. «<https://latfem.org>» 18 de julio de 2018.
<https://latfem.org/abortolegal-ya-el-federalismo-en-salud/> (último acceso: 10 de mayo de 2019).

Natalia Gherardi, Camila Hoyos y Cecilia Gebruers. *El derecho al aborto y la aplicación de los derechos humanos*. Buenos Aires: ELA, 2015.

OEA. «Convención Americana de Derechos Humanos.»

ONU. «Convención de derechos del Niño.»

ONU, Comité CEDAW. «Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos con ocasión de la revisión del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo más allá de 2014.» 10 de febrero de 2014.

—. «Recomendación General 24 La mujer y la salud.» *UN Doc A/54/58/38/Rev.1*. 1999.

ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. «Observación General N° 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.» Ginebra, 12 de mayo de 2000.

ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. «Observación General 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud .» *UN DOC E/C.12/2000/4*. 11 de agosto de 2000.

—. «Observación General 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva.» 7 de mayo de 2016.

ONU, Comité de Derechos Humanos. «Comentarios Generales Adoptados por el Comité de Derechos Humanos, Artículo 3, La igualdad de derechos entre hombres y mujeres.» *UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.7*. 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). <https://www.who.int/>. 11 de Septiembre de 2019. https://www.who.int/topics/essential_medicines/es/ (último acceso: 11 de Septiembre de 2019).

Organización Panamericana de la Salud, Iniciativas Sanitarias. «Guía para el cambio en la relación sanitaria: Modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro. Mejores prácticas, etnia y salud.» Montevideo, 2012.

OVG, Observatorio de Violencia de Género. «Comunicado OVG: Claves de la Presentación del Organismo ante el Comité Cedaw.» La Plata, 27 de octubre de 2016.

Página 12. «Renunció la Ministra de Salud Bonaerense.» *Página 12*, 7 de julio de 2017.

PPEN. «Decreto Reglamentario N° 603/2013.» 23 de mayo de 2013.

Perelman, Marcela y Tufró, Manuel. *Violencia institucional. Tensiones actuales de una categoría política central*. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), 2017.

Perelman, Marcela, y Manuel Tufró. *Violencia institucional. Tensiones actuales de una categoría política central*. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), 2017.

Perfil. «Por "motivos personales" renunció la ministra de salud de Vidal.» *Perfil*, 7 de julio de 2017.

PLN. «Ley 26.130.» *Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. Consentimiento informado. Modificación de las leyes 17.132 y 25.673.* . Boletín Oficial , 29 de agosto de 2006.

—. «Ley 26.529.» *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. 19 de noviembre de 2009.

—. «Ley 26.743.» *Identidad de género de las personas*. Boletín Oficial, 23 de mayo de 2012.

—. «Ley 26657.» *Derecho a la Protección a la Salud Mental*. 2 de diciembre de 2010.

—. «Ley Nacional 25.929.» *Derechos de madres, padres y de las personas recién nacen nacidad durante el proceso de nacimiento o parto respetado*. Boletín Oficial, 21 de septiembre de 2004.

—. «Ley Nacional N° 25.673 .» *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable -- Creación en el ámbito del Ministerio de Salud -- Objetivos -- Capacitación de educadores, trabajadores sociales y operadores comunitarios -- Difusión del Programa -- Aut.* Boletín Oficial , 22 de Noviembre de 2002.

—. «Ley Nacional N° 26.485.» *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Boletín Oficial , 1 de Abril de 2009.

—. «Ley Nacional N° 26150.» *Programa Nacional de Educación Sexual Integral* . Boletín Oficial, 23 de octubre de 2006.

Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires. «Ley 12569.» *Violencia familiar*. Boletín Oficial , 2 de enero de 2001.

—. «Ley 14580.» 27 de noviembre de 2013.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. «ms.gba.gov.ar.» 13 de Marzo de 2017. http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/01/Pedido-de-informaci_n-SRR-Buenos-Aires.pdf (último acceso: 22 de agosto de 2019).

Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. «[http://www.ms.gba.gov.ar/.](http://www.ms.gba.gov.ar/)» 10 de agosto de 2017. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/07/Informe-gesti%C3%B3n-1-Semestre-2017-VF.pdf> (último acceso: 25 de agosto de 2019).

Ramón Michel, Agustina, Silvina Ramos, y Mariana Romero. *Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso de misoprostol*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2013.

Ramón Michel, Agustina, y Mercedes Cavallo. «Hecha la ley, hecha la trampa. Las regulaciones penales centradas en los médicos.»

Red de Profesionales del Derecho a Decidir . <http://www.redsaluddecidir.org/>. <http://www.redsaluddecidir.org/quienes-somos/#.Xlf-iagzY2w> (último acceso: 12 de septiembre de 2019).

REDAAS - Gebruers, Cecilia; Gherardhi, Natalia. «El Aborto Legal en la Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F;A.L.» Serie Documentos REDAAS ISSN 2451-6929, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015.

Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho de Toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Anand Grover. «Informe del Relator Especial relativo al acceso a los medicamentos .» A/HRC/23/42, 2013.

Rosemberg, Martha. «Diferencias y desigualdades. Acerca del V Encuentro Feminista Lationamericano y del Caribe .» *El Cielo por Asalto*, 1990: 25.

Rubin, Gayle. «El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo.» *Nueva antropología*, Vol. VIII, N° 30, 1986 - publicación original 1975.

Salud., Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de. «Estadísticas vitales. Información básica.» Buenos Aires, 2009.

Salvioli, Fabian. «La "perspectiva pro persona": criterio contemporáneo para la interpretación y aplicación de los instrumentos internacionales de derechos humanos.» *Constitución y Proceso*, 2013.

Salvioli, Fabián. «La perspectiva pro persona como método hermeneutico para la aplicación del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.» En *Retos emergentes de los derechos humanos: ¿garantías en peligro?*, de Jon Mirena Landa Gorostiza, 131-142. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2019.

La perspectiva pro persona y la protección de los derechos humanos . Dirigido por IIDH Audiovisuales. Interpretado por Fabian Salvioli. 2018.

Scott, Joan. «Gender: A useul category of historical analysis.» *American Historical Review*, 91, 1986: 1053-1075.

Servicio de Lenguas y Documentos, UNESCO. «Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje .» Informe Unesco, Paris, 1999.

Socorristas en Red . «Sistematización de Acompañamientos a abortar realizados en el 2018 por Socorristas en red (feministas que abortamos) .» Neuquen, 2019.

Socorristas en Red. <https://socorristasenred.org>. 1 de julio de 2015. <https://socorristasenred.org/quienes-somos/> (último acceso: 13 de noviembre de 2019).

Soledad, Yañez y Sabrina. «La institución de la maternidad como bastón del heteropatriarcado. Reflexiones situadas y puntos de quiebre.» Mendoza, 2013.

V.D.A vs. Argentina. CCPR/C/101/D/1608/2007 (ONU, Comité de Derechos Humanos, 1 de abril de 2011).

Valcárcel, Amelia. *La politica de las mujeres*. Madrid: Ediciones Cátedra, 1997.

Vazquez, Ayelen. «Aborto ilegal, violencia institucional .» *La Pulseada*, 2016: 28-30.

Viveros Bigoya, Mara. «La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación.» *Debate feminista, Volume 52*. Octubre de 2016.

Zampas, Christina, y Jaime L. Gher. *Abortion as a human right: International and regional standars*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

XII. Anexos

Anexo I. Encuesta autoadministrada enviada a los Hospitales provinciales de la Región Sanitaria N° 11

Estimado/a Director/a del Centro de Salud

Me dirijo a Ud. a fin de solicitarles información de carácter público sobre el acceso a la interrupción legal del embarazo en el centro de salud a su cargo, perteneciente a la región sanitaria 11, para ser utilizada en mi tesis de posgrado en la maestría de derechos humanos de la Universidad Nacional de La Plata. En la investigación me encuentro abocada al análisis de la actuación de los operadores estatales hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que intentan acceder a la interrupción legal del embarazo en el marco del sistema de salud pública de la región sanitaria señalada desde diciembre de 2014 hasta la actualidad, tomando como hito el pedido de disculpas realizado por el Estado Argentino en el caso V.D.A (conocido como L.M.R). La dirección de la tesis está a cargo del Dr. Fabián Salvioli.

En tal sentido, resulta de suma importancia su opinión y poder contar con la información pública que le solicito mediante esta encuesta autoadministrada.

Se destaca que en la misma no se solicita la divulgación de ninguna información que incluya datos personales de las personas involucradas y que pueda vulnerar las disposiciones previstas en la ley 25.326.

La información pública que solicito es la siguiente:

Desde el Centro de Salud a su cargo, ¿se realizan interrupciones legales del embarazo?

En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique hasta que semanas. OPCIÓN 1- hasta 12 semanas; OPCIÓN 2 – hasta 14 semanas; OPCIÓN 3 –Más de 14 semanas

¿Qué métodos se utilizan para la realización de la práctica? (Puede haber más de una opción)

Opción 1- Aborto farmacológico; Opción 2 – Aneu; Opción 3 - raspado o legrado con cureta rígida; Opción 4 – Dilatación o curetaje.

¿Cuenta con servicio de ginecología – obstetricia? SI / NO

En caso de respuesta afirmativa, ¿desde el Servicio se garantizan las ILES? SI/NO.
Explayarse

En el centro de salud, ¿cuenta con consejería en Salud Sexual y Reproductiva? SI/NO.

En caso afirmativo, indique fecha de su creación y cómo se compone la misma.

¿Existe Registro de Objetores de conciencia en el Centro de Salud? SI /NO.

En caso afirmativo, indique fecha de la última actualización del mismo.

¿Considera que se materializa adecuadamente el acceso a la práctica en el centro de salud? SI / NO. ¿Por qué?

¿Hay un apoyo activo al centro de salud por parte de las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia con relación a este derecho? SI / No. Explayarse.

¿El equipo de salud ha recibido capacitaciones con relación a derechos sexuales y reproductivos durante los últimos tres años (desde el 2015 hasta el presente)? Si / no.

En caso afirmativo, indicar los ejes de las mismas. (respuesta abierta)

En caso afirmativo, en función de las capacitaciones realizadas, ¿Son claras las obligaciones existentes por parte de los efectores de salud en materia de acceso a ILE en Provincia de Buenos Aires? Si/ no explayarse

¿Los profesionales de la salud conocen el marco normativo vigente con relación a acceso a ILE? Si / no

¿El equipo de salud tiene conocimiento de que ciertas prácticas obstructivas del acceso a la ILE pueden ser consideradas violencia institucional? Si / no. Explayarse.

Por último, cualquier otro dato de interés u opinión que ud. considere de relevancia para la presente. EXPLAYARSE

Agradezco su participación. A la espera de una respuesta favorable, quedo a su disposición.

Saluda Atte.-

Lucia de la Vega

DNI 31552568

centro de salud	director /a	mail
Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Mario V. Larrain"	Ej. Dr. Alfredo Oscar Zanaroni	larrain@ms.gba.gov.ar
Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Horacio Cestino"	Ej. Dr. Jorge Oscar Gutiérrez	hcestino@ms.gba.gov.ar
Hospital Zonal Especializado en Crónicos "El Dique"	Ej. Gloria Nelba Guarracino	hospitaleldique@ms.gba.gov.ar
Hospital Interzonal General de Agudos "San Roque"	Ej. Dra. Laura Di María	direccionsanroque@ms.gba.gov.ar
Hospital Zonal General de Agudos "Dra. Cecilia Grierson"	Ej. Dr. Dragone Pedro	direccionejecutiva_grierson@ms.gba.gov.ar
Hospital Subzonal Especializado "Dr. Ramos Mejía"	Ej. Lic. Adriana Scarinci	hrmejia@gba.gov.ar
Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín"	Ej. Dr. Alberto Urban	administracion-hsmartin@ms.gba.gov.ar
Hospital Interzonal General de Agudos Prof. "Dr. Rodolfo Rossi"	Ej. Dra. Maria Gonzalez Arzac	direccionrossi@ms.gba.gov.ar
Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios"	Ej. Dr Daniel Corsiglia	direccion-sjdios@ms.gba.gov.ar
Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Ricardo Gutiérrez"	Ej. Dr. Cesar José María Fidalgo	direccion-gutierrez@ms.gba.gov.ar
Hospital Subzonal Especializado "Elina de La Serna de Montes"	Dr. Juan Pablo Cocozzella	administracion-hdelaserna@ms.gba.gov.ar
Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra"	Ej. Dr. Ignacio Mario Goñi	sbarra@ms.gba.gov.ar
Hospital Local Especializado "A" San Lucas	Ej. Dra. Mariel Moran	hlucas@ms.gba.gov.ar
Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn"	Ej. LIC. Karina Torres	administracion-korn@ms.gba.gov.ar
Hospital Subzonal Especializado "Dr. José Ingenieros"	Ej. Lic. Silvia Zamorano	direccion-joseingenieros@ms.gba.gov.ar
Hospital "Zenón Videla Dorna"	Ej. Cra. Ana Grasso	direccion-hvideladorna@ms.gba.gov.ar
Hospital Subzonal Especializado "Dr. Dardo"	Ej. Dr. Aníbal Jose Zabala	administracion-hrocha@ms.gba.gov.ar

Anexo II Documento de consentimiento informado leído y adherido por cada entrevistado/a en las entrevistas semiestructuradas realizadas.

Consentimiento Informado

Me encuentro realizando una investigación sobre el acceso a la interrupción legal del embarazo en la región sanitaria 11 para ser utilizada en mi tesis de posgrado en la maestría de derechos humanos de la Universidad Nacional de La Plata. En la investigación me encuentro abocada al análisis de la actuación de los operadores estatales hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que intentan acceder a la interrupción legal del embarazo en el marco del sistema de salud pública de la región sanitaria señalada desde diciembre de 2014 hasta la actualidad, tomando como hito el pedido de disculpas realizado por el Estado Argentino en el caso V.D.A (conocido como L.M.R).

Se agradece mucho la realización de esta entrevista y la participación en este proyecto. En esta investigación, pretendo visualizar situaciones de violencia institucional en el marco del acceso a la ILE, así como también buenas prácticas.

Reconozco que el tema de la ILE aún resulta impregnado de estigma y puede resultar difícil compartir mucha información. Para que se sienta cómodo/a con la participación en este proyecto, voy a proteger su identidad. En mi trabajo, su identidad será anónima. Se pondrán sus iniciales, su profesión y su pertenencia. En caso de que Ud. pida expresamente que conste su nombre y apellido, así quedará registrado en la investigación.

También, su participación en esta entrevista es completamente voluntaria. Puede, en cualquier momento, decidir de retirar su participación. Igualmente, si no quiere contestar alguna pregunta, no se siente obligado/a. Para mejor entender y analizar la información que colecto, me ayudaría grabar esta entrevista si no le/a pone incomodo/a. Yo solo tendré acceso a la grabación cuando analizo la información de la entrevista para mi investigación.

Muchas gracias para ayudarme en mi investigación. Su experiencia va a ser muy útil para que tenga una mejor comprensión del tema que estudio.

Lucia de la Vega

Anexo III Pedidos de acceso a la información pública realizados al Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN



Lucia de la Vega CELS <ldelavega@cels.org.ar>

mar., 27 de ago.
de 2019 11:59

para ssyrprovbsas

Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Coor. Maria Julia Bruno Dapuetto

S/d.

Me dirijo a Ud. a fin de solicitarles información de carácter público sobre el acceso a la interrupción legal del embarazo en la región sanitaria 11 para ser utilizada en mi tesis de posgrado en la maestría de derechos humanos de la Universidad Nacional de La Plata. En la investigación me encuentro abocada al análisis de la actuación de los operadores estatales hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que intentan acceder a la interrupción legal del embarazo en el marco del sistema de salud pública de la región sanitaria señalada desde diciembre de 2014 hasta la actualidad, tomando como hito el pedido de disculpas realizado por el Estado Argentino en el caso V.D.A (conocido como L.M.R). La dirección de la tesis está a cargo del Dr. Fabián Salvioli. Es de suma importancia poder mostrar los avances logrados por el Programa a su cargo en estos tres años.

En tal sentido, quisiera solicitarle una entrevista o bien, sostener un intercambio por el medio que Ud. considere más conveniente en vista a tomar conocimiento de la información pública que a continuación acompaño. Se destaca que, en el presente pedido de información pública, no se solicita la divulgación de ninguna información que incluya datos personales de las personas involucradas y que pueda vulnerar las disposiciones previstas en la ley 25.326.

La información pública que solicito es la siguiente:

1. ¿Cómo se materializa en la Región Sanitario N° 11 el acceso a ILE en la Provincia de Buenos Aires?;

2. ¿Qué políticas públicas han sido desarrolladas desde el Programa en la región sanitaria desde el año 2015 hasta el presente en función del compromiso asumido en el caso V.D.A tendientes a garantizar el acceso a ILE?.

3. En función de las capacitaciones realizadas, ¿Son claras las obligaciones existentes por parte de los efectores de salud en materia de acceso a ILE en Provincia de Buenos Aires?; ¿Los profesionales de la salud conocen el marco normativo vigente?; ¿Son conscientes de que ciertas prácticas obstructivas pueden ser consideradas violencia institucional?;

4.Cantidad de interrupciones legales del embarazo/abortos no punibles que se han realizado en hospitales públicos en la Región Sanitaria 11 desde el 2015 hasta el presente. Detalle en cuáles hospitales y/o centros de atención sanitaria se han realizado, las causales registradas y los procedimientos médicos o método a través del cual se han concretado.

5.Cantidad de establecimientos públicos dependientes en la Región Sanitaria 11 del Ministerio a su cargo en los distintos niveles de atención de la salud que cuentan con las condiciones requeridas para realizar abortos no punibles.

6.Detalle las técnicas utilizadas para la realización de las prácticas de interrupción legal del embarazo (quirúrgica o medicamentosa).

7. Informe si efectivamente están garantizados, en todos los efectores de salud, todos los métodos señalados como “preferidos” para cada etapa gestacional (A.M.E.U,

ABORTO FARMACOLÓGICO Y LEGRADO/RASPADO). E Indique en cuáles instituciones se encuentran efectivamente disponibles cada uno dentro de la Región Sanitaria.

8.Descripción del sistema de registro utilizado para las interrupciones legales del embarazo en la región.

9.Cantidad de mujeres y tasa de hospitalización en centros de salud públicos y privados de la región sanitaria 11 por complicaciones por aborto en los últimos cuatro años.

10.Capacitaciones dirigidas al personal de la salud que trabaja en Instituciones de todos los subsectores en la región sanitaria que deben garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo, así como también, a la atención pre y post aborto realizadas desde 2015 a esta parte.

11.Cantidad de actuaciones pre sumariales y sumariales iniciadas hacia el personal de la salud por prácticas de obstrucción al acceso a interrupciones legales en la región sanitaria 11 desde el año 2015 a esta parte.

A la espera de una respuesta favorable, quedo a su disposición.

Saluda Atte.-

Lucia de la Vega

Abogada Área

Litigio

[54

11]

4334

4200

ldelavega@cels.org.ar