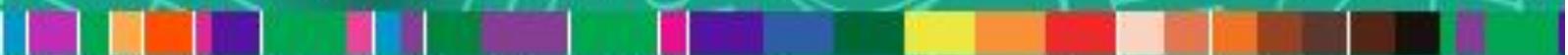




MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

📍 **JUJUY**





MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

📍 **JUJUY**



Deza, Soledad

Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Jujuy / Soledad Deza; Contribuciones de Josefina Reinoso. - 1a ed - San Miguel de Tucumán: Caleidoscopica, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-90037-5-8

1. Feminismo. 2. Acceso a la Salud. 3. Aborto. I. Reinoso, Josefina, colab. II. Título. CDD 305.420982

INDICE

1.	¿QUIÉNES SOMOS?	6
2.	METODOLOGÍA	7
3.	RESUMEN EJECUTIVO	10
4.	EL DERECHO A DECIDIR EN EL CONTEXTO JUJEÑO	11
5.	LAS USUARIAS JUJEÑAS	14
6.	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)	18
a.	¿Qué saben las usuarias jujeñas sobre MAC?	18
b.	Información sanitaria y elegibilidad de MAC.....	22
c.	Principales barreras u obstáculos para el acceso a MAC	26
d.	Información gráfica sobre derechos sexuales y reproductivos	30
7.	Abortos permitidos por ley	33
a.	Causal salud (ILE)	34
b.	Causal violación (ILE)	37
c.	¿Dónde se garantiza el aborto en Jujuy?.....	41
d.	Aborto e información sanitaria	46
e.	Circuitos sanitarios de ILE e IVE.....	47
f.	¿Qué sabe el personal de salud sobre la consulta de aborto?	56
g.	Objetores de conciencia y aborto	59
h.	Violencia institucional en la atención de abortos	62
8.	¿Qué pasó en el sector privado después de la sanción de ley 27.610?.....	67
9.	Ciudadanía sexual y reproductiva.....	69
10.	Recomendaciones	71

1. ¿QUIÉNES SOMOS?

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

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

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

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

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

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



2. METODOLOGÍA

Jujuy es una provincia argentina, situada en la Región del Norte Grande Argentino. Limita al oeste con Chile por la Cordillera de los Andes, al norte con Bolivia, al este y al sur con la provincia de Salta. Posee una superficie de 53.219 km² y tiene 797.091 habitantes (según el último censo nacional de población del año 2022), siendo 410.753 mujeres, 386.067 varones y 271 reconociéndose bajo “X”, con una densidad del 14,99% hab/km².

En la provincia de Jujuy existen nueve comunidades de pueblos originarios: Atacama, Kolla, Guaraní, Kolla Guaraní, Ocloya, Omaguaca, Tilián, Toara y Toba. El pueblo originario más numeroso es el Kolla (55,63%), luego el Omaguaca (16,04%), Guaraní (14,68%) y el pueblo Atacama y Ocloya (3,41%)¹. El 7,8% de la población se reconoce indígena, el 66,9% población urbana y el 33,1% población rural, sobre un total de 673.307 habitantes.



¿Por qué un monitoreo social feminista?

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

Un monitoreo social es además feminista cuando está situado en un contexto determinado y toma en cuenta ese contexto para incorporar un enfoque de género e interseccionalidad en todo el proceso: elaboración de las herramientas para monitorear, en la recolección de datos y en la lectura de éstos que son los que se expresan en este insumo. A modo de ejemplo, cada encuesta a usuarias lleva a entre 40 minutos y 1 hora porque incluye al finalizar la misma, y a modo de devolución de la gentileza por el tiempo brindado, una conversación con las usuarias en la que se le informa cuáles son sus derechos y se les entrega material elaborado a esos fines para fortalecer la ciudadanía sexual. Esta

¹ Información disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ppi_jujuy_-_quillaques_20210414.pdf

acción de fortalecimiento de ciudadanía sexual señalada como buena praxis de ética feminista por nuestra médica ginecóloga Adriana Álvarez, a la vez que incrementa la autonomía de las mujeres encuestadas, incentiva una mirada crítica sobre la noción de soberanía reproductiva para las propias jóvenes monitoras.

Objetivo principal:

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

Objetivos secundarios:

- 1) Generar un espacio de diálogo con el Estado con la finalidad de incidir en el fortalecimiento de la Agenda de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad biológica de gestar en lo concerniente a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva.
- 2) Generar un instrumento de diagnóstico que sirva para el uso de las organizaciones.
- 3) Visibilizar el impacto desproporcionado que tiene en la vida de las mujeres y personas con capacidad biológica de gestar -embarazo no planificado, embarazo adolescente y maternidad forzada- la falta de acceso a la salud sexual y reproductiva, la obstrucción y la negativa de abortos permitidos por la ley.
- 4) Ubicar la consulta de interrupciones legales de embarazo y de salud reproductiva (planificación familiar) como una práctica médica lícita que se encuentra protegida por derechos y que debe darse libre de violencias.

Proceso de recolección de datos:

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

Se llevaron a cabo **112 encuestas a usuarias** del Servicio Público de Salud fuera de los servicios sanitarios, es decir, mientras ingresaban o salían de Hospitales Públicos de distintos Departamentos de la Provincia o de los Puestos y Centros de Salud.

Mediante **24 entrevistas en profundidad** -diseñadas para recabar la mayor cantidad de información como así también para indagar en sensaciones, pensamientos e intuiciones acerca del tema- participaron de forma individual integrantes del equipo de salud siguiendo la noción conceptual que proviene de la bioética e incorpora la ley N° 26.485 para reflejar la idea de “equipo de salud en sentido amplio”. Esto es quienes brindan servicios de salud y quienes trabajan en un Servicio de Salud.

Las **observaciones** se hicieron de manera **participante y no participante** según si la monitora tomó o no el lugar de usuaria para transitar algunos recorridos dentro del Sistema Sanitario de Salud Pública. Se escogieron para ello Instituciones de 1, 2 y 3 nivel de atención en distintos puntos geográficos de la

provincia: Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana, Hospital Pablo Soria, Centro de Especialidades Norte - Ministerio de Salud y Casa de Piedra – Anexo del Hospital Pablo Soria (Capital); Hospital Wenceslao Gallardo (Palpalá); Hospital General Belgrano (Humahuaca); Hospital Dr. Salvador Mazza (Tilcara); Hospital Miguel Ángel Miskoff (Maimará); Hospital Arturo Zabala (Perico); CIC Villa San Martín; CIC La Viña, CIC Copacabana (Alto comedero); CIC ... (Palpala); Centro Integrador Comunitario N°2 (Perico); CIC San Pedrito (Maimará).

Referencias para la lectura del insumo:

- Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana (Maternidad)
- Hospital Pablo Soria (Pablo Soria)
- Centro de Especialidades Norte - Ministerio de Salud (Centro de Especialidades)
- Casa de Piedra – Anexo del Hospital Pablo Soria (Casa de Piedra)
- Hospital Wenceslao Gallardo (Hospital Gallardo)
- Hospital General Belgrano (Hospital de Humahuaca)
- Hospital Dr. Salvador Mazza (Hospital de Tilcara)
- Hospital Miguel Ángel Miskoff (Hospital de Maimará)
- Puestos de salud/ Centros de salud.
- CIC Copacabana (CIC Alto Comedero)

Equipo de trabajo

● Coordinación General:

Soledad Deza

● Diseño y adecuación local de los instrumentos de monitoreo:

Soledad Deza (Abogada)

Adriana Alvarez (Médica tocoginecóloga)

● Equipo interdisciplinario en la recolección de datos:

Josefina Reinoso (Abogada – UNT)

Ivana Romero (Estudiante de Derecho - UNT)

Magali Fernández (Estudiante de Trabajo Social – UNT)

Florencia Sabaté (Estudiante de Letras – UNT)

Macarena Moran (Socióloga - UNSE)

Zoe Liendo Campero (Estudiante de Cine – UNT)

● Elaboración del Insumo:

Soledad Deza – Josefina Reinoso

● Diseño de tapa:

Karime Kandalajt

3. RESUMEN EJECUTIVO

- 3 de cada 10 encuestadas no completó la educación obligatoria
- 4 de cada 10 encuestadas identificó como no planificado su primer embarazo
- 8 de cada 10 encuestadas usó alguna vez un MAC, pero sólo el 40% lo hizo antes del primer embarazo.
- 6 de cada 10 encuestadas no conoce la vasectomía
- 8 de cada 10 encuestadas no conoce los requisitos legales para la ligadura tubaria.
- 2 de cada 10 encuestadas salieron del Sistema Público de Salud sin información sobre MAC después de parir
- 5 de cada 10 encuestadas sabe que puede acceder a una ILE si su salud está peligro
- 6 de cada 10 encuestadas sabe que puede exigir una ILE en caso de un embarazo producto de una “violación”
- 6 de cada 10 encuestadas conocen la IVE
- 6 de cada 10 encuestadas no recibió información sanitaria sobre aborto en ninguna de sus consultas ginecológicas
- 3 de cada 10 encuestadas afirmó que no acudiría a un Hospital en situación post aborto por temor a ser juzgada o maltratada
- 5 de cada 10 encuestadas considera que el personal de salud objeto de conciencia puede negarle información y derivación
- 5 de cada 10 encuestadas considera que el momento para ser madre es cuando se toma la decisión

4. EL DERECHO A DECIDIR EN EL CONTEXTO JUJEÑO

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

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

A nivel nacional en el año 2002 se sancionó la Ley Nº 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que se propone trabajar en tres grandes ejes: provisión de información y métodos anticonceptivos de forma gratuita a toda la población; capacitación a efectores en el tema para que a su vez puedan garantizar el acceso a la salud libre de violencias y con evidencia científica; y campañas de difusión del Programa aunando el trabajo de las carteras ministeriales de Salud, Educación y Desarrollo Social.

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

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

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

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



Jujuy no escapa de la realidad conservadora nortea. Esta provincia sanciona bajo la Ley N° 6193 el “sistema integral de protección de derechos de las mujeres y personas de la diversidad sexual para prevenir y sancionar situaciones de todo tipo de violencias basadas en el género, la orientación sexual, la expresión y/o identidad de género”² creando el Consejo Provincial de la Mujer e Igualdad de Género publicada en el B.O provincial el 21/12/2020.

También en diciembre de 2020 se adhiere a la Ley Nacional de Educación Sexual Integral – en adelante ESI – solo le tomo catorce años al Poder Legislativo de la provincia de Jujuy adherir a la precitada normativa, celebramos su adhesión y la publicación del “Manual Jujeño de Educación Sexual Integral – Garantizando la implementación de la ESI en las Escuelas” (2023). En mayo de 2020 la legislatura jujeña por Ley 6.178³, se adhirió a la Ley Nacional N° 26.743, esta adhesión le tomo un poco menos 8 años. Parecería ser que en 2020 a la legislatura jujeña le dio apuro para la adhesión a las

² Información disponible en: <https://boletinoficial.jujuy.gob.ar/?p=204049>

³ Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/LPY0006178>

normativas nacional citadas, no debemos olvidar que Jujuy no escapa de la realidad nortea de niñas obligas a ser madres.

En 2019 desde la Fundación MxM acompañamos un caso donde una niña de tan sólo 12 años embarazada de un abuso sexual de su vecino de 60 años en la localidad de San Pedro, solicito una Interrupción Legal del Embarazo con 23 semanas y media de gestación en el Hospital Guillermo Paterson fue trasladada al Hospital Materno Infantil y su caso se hizo público luego de que el entonces Ministro de Salud predispusiera obstáculos para el acceso a la salud⁴. La Historia Clínica de la niña circuló por las redes sociales y el caso despertó el hashtag #CesáreaNoEsLE que asimilaba equivocadamente la práctica médica de supresión de la vida intrauterina con el modo de evacuación uterina post aborto.

En 2020 otra niña de 12 años, oriunda de Monterrico del departamento El Carmen, con una gesta gemelar producto de una violación fue obligada a parir, la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir denunció este caso, donde también la estrategia fue “ganar tiempo” con una maduración fetal y posteriormente realizar una micro cesárea, con el único fin de obligarla a parir, todo ello también ocurrió en el Hospital Materno Infantil de Jujuy⁵.

El caso de **Romina Tejerina** es uno de los casos más conocidos en la provincia de Jujuy. Romina, también oriunda de San Pedro, sufrió un abuso sexual por parte de su vecino “Pocho Vargas”, tenía 17 años y cursaba la escuela secundaria, Romina, como los dos casos anteriores ocultaron lo sucedido por vergüenza, culpa y amenazas de sus violadores. Romina parió en el baño de su casa y al ver reflejada la cara de su violador en el recién nacido sufrió un brote psicótico, lo mato con 24 puñaladas, intento abortar, pero nunca pudo hacerlo. Fue condenada por Homicidio agravado por el vínculo a 14 años de prisión estuvo 9 años presa gracias a una defensa técnica feminista⁶.

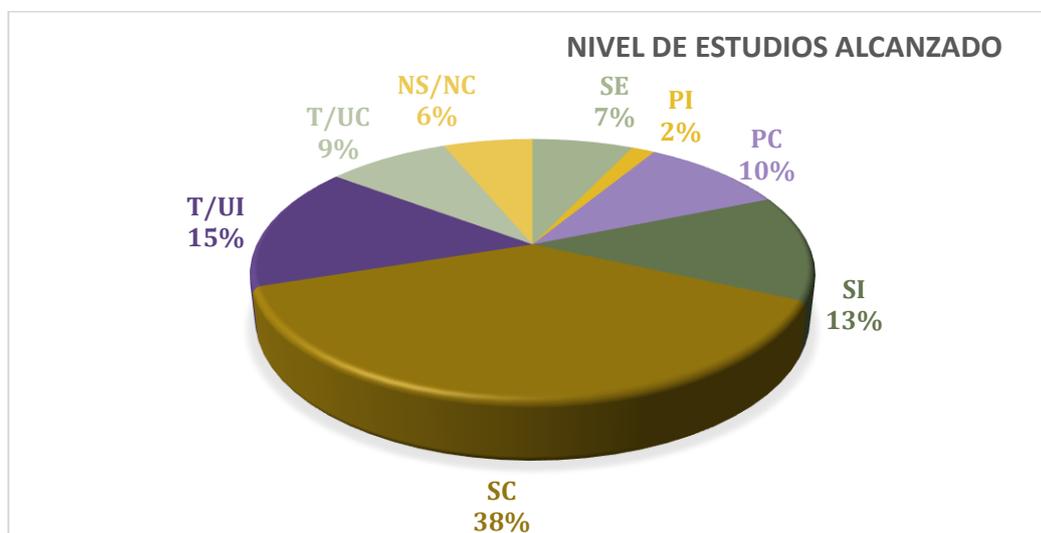
⁴ Infobae: “El drama detrás de la niña de 12 años violada en Jujuy a la que todos le fallaron”, 30/01/2019. Nota periodística disponible en: <https://www.infobae.com/opinion/2019/01/30/el-drama-detras-de-la-nina-de-12-anos-violada-en-jujuy-a-la-que-todos-le-fallaron/>

⁵ Infobae: “Jujuy: denuncian que una nena de 12 años embarazada de gemelos por una violación fue forzada a parir”, 2/12/2020. Nota periodística disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/2020/12/02/jujuy-denuncian-que-una-nena-de-12-anos-embarazada-de-gemelos-por-una-violacion-fue-forzada-a-parir/>

⁶ UNCUYO: “Caso Romina Tejerina: El poder de recortar la vida” 25/06/2005. Nota Periodística disponible en: <https://www.uncuyo.edu.ar/prensa/caso-romina-tejerina-el-poder-de-recortar-la-vida>. Noticias “Legalización del aborto: Romina Tejerina y el tiempo que le tocó” 31/12/2020. Nota periodística disponible en: <https://noticias.perfil.com/noticias/informacion-general/romina-tejerina-y-el-tiempo-que-le-toco.phtml>

5. LAS USUARIAS JUJEÑAS

Todas las encuestadas son mujeres con un rango de edad entre los 14 y 74 años, con edad promedio entre 20-25 años. El 32% no completó su educación formal obligatoria.



Graf 1. Nivel educativo máximo alcanzado por las encuestadas

Es necesario resaltar que sólo **4 de cada 10** encuestadas tiene los estudios obligatorios completos, esto es: primaria y secundaria.

Acceso a empleo y titulares de programas sociales:

5 de cada 10 usuarias señalan no tienen un empleo remunerado, algunos ingresos que perciben las usuarias oscilan la suma de “\$60.000”; “\$30.000”; “90.000” “Soy independiente, depende”. Además, algunas de las usuarias manifestaron ser: “amas de casa”, “vendedoras ambulantes”, entre otras ocupaciones.

5 de cada 10 usuarias encuestadas refieren ser titulares de programas sociales, de esta forma reciben una respuesta estatal a través de éstos, siendo el **27%** quienes perciben la Asignación Universal por Hijo – AUH – **3%** Progresar, en igual sentido, el Programa Potenciar Trabajo, **0,7%** sin especificar y un **30%** no percibe ninguna respuesta estatal.

Es decir que **la mitad** de las usuarias que asisten a los Hospitales de la provincia de Jujuy necesita del apoyo del estado para desempeñar sus actividades diarias.

Comparando con los datos recolectados en 2019 en la provincia de Jujuy en ese momento el 75% de las encuestadas no tenía empleo remunerado contra el 31% que si lo tenía y el 45% contaba con un Plan de Ayuda Asistencial.

Familia y vínculos sociales de las usuarias jujeñas:

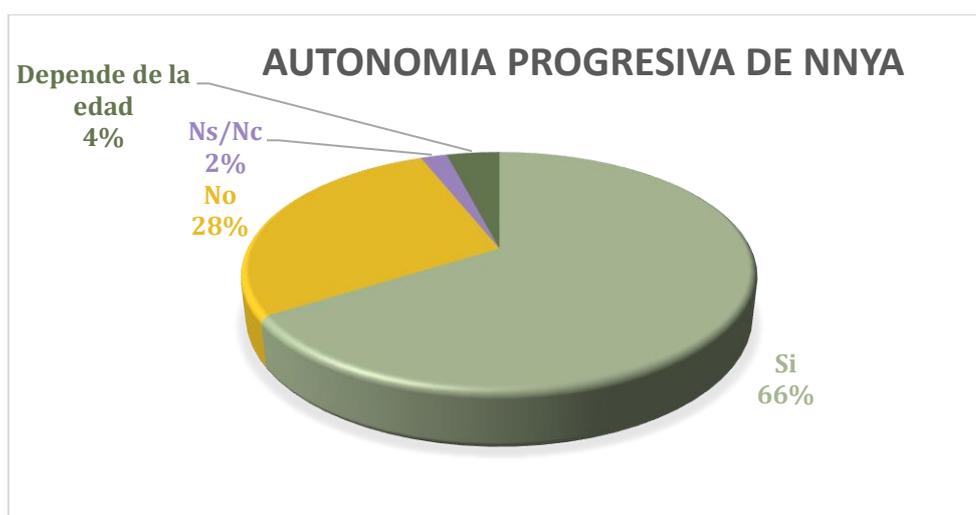
8 de cada 10 de las usuarias encuestadas indica que tiene hijos o familiares a su cargo.

El número de familiares a cargo más alto es 12. El mayor porcentaje -30%- corresponde a usuarias a cargo de 2 personas, ya sean hijos u otro familiar. Posteriormente siguen hogares con 1 familiar a cargo del 23% y, en tercer lugar, el 15% que cuida a 3 o más integrantes de la familia.

5 de cada 10 encuestadas cuenta con pareja estable con la cual convive, solo dos de las usuarias indicaron que tienen “pareja no estable”.

Frente a la pregunta **¿Consideras que los adolescentes pueden asistir solos a una consulta sobre salud sexual y reproductiva?**

7 de cada 10 usuarias encuestadas identifica que niños y adolescentes pueden asistir sin progenitores a una consulta sobre salud sexual y reproductiva.



Se destacan los siguientes comentarios a favor de la autonomía progresiva: “Si, hace poco vi en el hospital que podían venir solas” (usuaria de 33 años); “Si, porque son personas con derechos (usuaria de 20 años); Si, porque somos libres cada uno es responsable y puede elegir” (usuaria de 40 años); “No, son chicos no saben” (usuaria de 45 años); “No, los padres deben estar enterados y hay que tener confianza” (usuaria de 49 años); “No, acompañado por vergüenza, capaz no quieren preguntar o no saben que preguntar” (usuaria de 55 años); “No, porque son chicos” (usuaria de 25 años).

De los datos analizados se concluye que la edad media para que los niños y adolescentes reciban información sobre salud sexual, reproductiva y no reproductiva es de 12/13 años, sin embargo 6 usuarias encuestadas señalaron que debe ser a partir de los 18 años, es decir desde que adquieren mayoría de edad para nuestra legislación vigente.

A la pregunta **¿Consideras que en la Escuela deben recibir ESI?** las usuarias jujeñas reconocieron la importancia de la ESI en las aulas, es así, que 9 de cada 10 usuarias considera que deben recibir Educación Sexual Integral les educandos.

Se destacan los siguientes comentarios: “La ESI es necesaria porque antes no me dieron, les hablo a mis hijos mucho, les enseño que nadie puede tocar su cuerpo por ejemplo” (usuaria de 31 años); “Sí debería darse ESI en las Escuelas, pero depende de lo que se dé” (usuaria de 43 años); “Deberían dar ESI solo en la secundaria, en la primaria no” (usuaria de 36 años).

La monitoreante señala que, a lo largo de la entrevista, una usuaria referenció que estudia para ser maestra y que tiene una materia específica para ESI en distintos niveles. Piensa que debería haber más información para niños y adolescentes ya que algunos desconocen que pueden ir solos y no lo hacen por vergüenza, que lo mismo ocurre con los métodos anticonceptivos, desconocen que pueden acceder a la pastilla del día después, de todas formas, la usuaria considera que ahora la educación está mucho mejor que antes en estos temas.

6 de cada 10 usuarias encuestadas indicaron que atravesaron un **embarazo no planificado o “no buscado”**.

El **82%** de quienes indicaron atravesar un embarazo no buscado lo llevaron a término, el **10,5%** indicó que los interrumpió y el **7,9%** indicó que a estas gestaciones las perdieron de forma natural.

Solo **4 de cada 10** usuarias encuestadas señala que accedió a un método anticonceptivo antes de su primer embarazo, y el **90%** indicó que conoce que puede acceder a un método anticonceptivo de forma gratuita, asimismo, el **10%** restante indica *“Me parece que se puede”* *“No, no se puede”* *“No sé si se puede”*. Con lo cual es factible afirmar que la mitad de las usuarias encuestadas no dispusieron de su primera gesta o de alguna y que solo un 10% pudo o decidió acceder a un aborto.



El **60%** de las usuarias encuestadas indicaron que después de parir y antes de irse de alta del Hospital, recibieron información sanitaria sobre MAC y que además le brindaron un método anticonceptivo.

2 de cada 10 usuarias solo recibió información, y un 24% no le brindaron ninguna información sobre métodos anticonceptivos después de parir ni le brindaron un MAC, tengamos en cuenta los datos arriba señalados: **un 45% de las mujeres jujeñas encuestadas atravesaron un embarazo no planificado.**

La noción de ciudadanía -entendida como “el derecho a tener derechos”⁷ - permite analizar en qué condiciones llega una usuaria al servicio de salud e implica, especialmente para quienes tienen la capacidad biológica de gestar, el respeto por los derechos sexuales y reproductivos. Decidir tener hijos, no tenerlos, cuántos y con qué intervalo entre cada nacimiento requiere, además de una decisión autónoma, de acciones concretas del Estado - información y provisión de métodos anticonceptivos (MAC) - para asegurar una vida sexual libre de discriminación y violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el derecho a la planificación familiar como *“La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el*

⁷ Arendt, Hannah (1998) “La condición humana”. Barcelona. Ed. Paidós.

intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos (...) La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.”⁸

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

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

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

⁸ Determinantes Sociales en salud. Nota Descriptiva de 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

a. ¿Qué saben las usuarias jujeñas sobre MAC?

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

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

A pesar de que **4 de cada 10** usuarias respondió no saber que son los derechos sexuales y reproductivos, **9 de cada 10** usuarias jujeñas reconocieron saber que tienen derecho a acceder a un método anticonceptivo de forma gratuita.

El **85%** de las usuarias reconoce haber usado alguna vez un MAC. Sin embargo, antes de su primer embarazo solo **4 de cada 10** usuarias usaron un método anticonceptivo.

Entre los MAC más utilizados por las usuarias encuestadas son, en primer lugar, con un **25%** pastillas anticonceptivas, posteriormente con un **17%** DIU y preservativo masculino, y por último con menor porcentaje - **2,5%** - ligadura tubaria y Anticonceptivo Hormonal de Emergencia.

Entre aquellas usuarias que nunca usaron un MAC se destacan los **siguientes comentarios:** *“Nunca use un método anticonceptivo”* (usuaria de 45 años); *“Nunca, siempre me cuide con los días”* (usuaria de 50 años con 9 hijos).

Por otro lado, indagamos cual es la fuente de conocimiento que tiene las usuarias sobre MAC, para establecer qué grado de calidad tiene su elección y destacamos los siguientes hallazgos: si bien las pastillas anticonceptivas fueron usadas por **3 de cada 10** usuarias, su uso fue explicado por un profesional de la salud sólo en el caso de **3 de cada 10** usuarias.

Al igual que los preservativos, **2 de cada 10** usuarias manifestó haber usado alguna vez este método, y a **3 de cada 10** usuarias fue explicado este método anticonceptivo en una consulta con un efector.

Ante ello nos preguntamos **¿Por qué los MAC más utilizados son solo explicados a un bajo porcentaje de la sociedad que llega a una consulta con un efector?** Veamos qué ocurre con los demás métodos anticonceptivos.

La encuesta a las usuarias jujeñas consistió además en preguntar por “*si*” o “*no*” de acuerdo a si conocían o no conocían la lista de MAC que se detalló en la página anterior.

De las respuestas obtenidas pudimos observar que **el preservativo masculino y Anticonceptivo Hormonal de Emergencia – AHDE - son los métodos anticonceptivos más conocido por las usuarias (60%), seguidos por las pastillas anticonceptivas (53%) y el DIU (52%).**

Realizando una comparación con el **Monitoreo Social sobre Anticoncepción e interrupción legal del embarazo en Jujuy (2019)** el nivel de reconocimiento de las usuarias por estos métodos anticonceptivos aumento, el preservativo era conocido solo por el 19% de las usuarias, mientras que el DIU solo por un 13% y el anticonceptivo hormonal de emergencia era solo conocido por el 2% de las usuarias.

Respecto a los MAC menos conocidos por las usuarias se encuentran: Sistema de Liberación Intrauterina (**4%**), preservativo femenino (**6%**) y anillo vaginal (**10%**).

Vasectomía

Solo **4 de cada 10** usuarias jujeñas conocen qué es este método.

Al momento de realizar el **Monitoreo Social (2019)** el **94%** de las mujeres encuestadas respondió que no conocía cómo funciona o de que se trata este MAC.

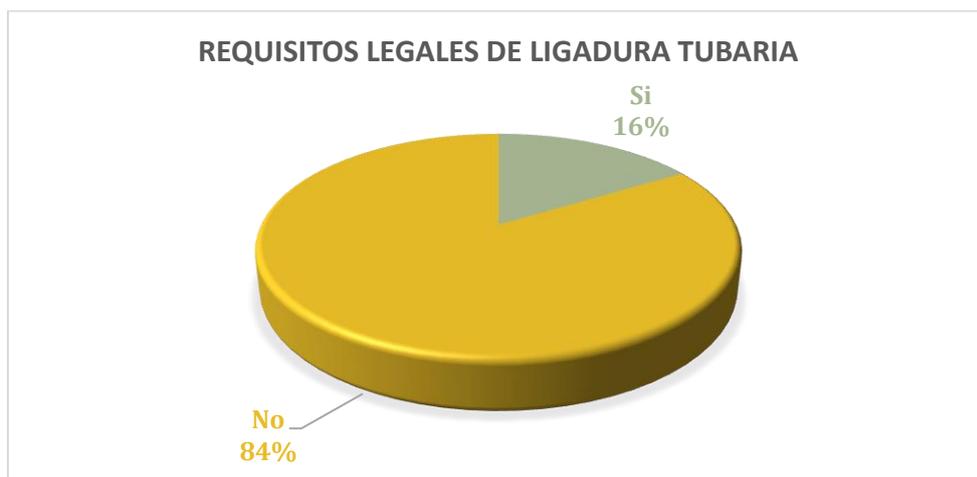


Además, solo **7** de las usuarias encuestadas indicaron que un profesional del sistema de salud les explico su uso. Esto contrasta con que solo **4 de cada 10** usuarias un profesional les informo que su pareja podía hacerse una vasectomía y esto evitaría tener más hijos.

Se destacan los **siguientes comentarios**: “Escuché a mis amigas hablar de ese método, no lo conocía y jamás me lo ofrecieron” (usuaria de 41 años); “Si me comentaron de la vasectomía, pero él no quiere hacérsela” (usuaria de 59 años) “Sé que es la vasectomía, pero jamás ningún profesional me explico nada sobre el tema” (usuaria de 25 años); “Jamás me dieron información sobre la vasectomía, yo pregunte.” (usuaria de 33 años); “El médico jamás me informo sobre vasectomía yo sé porque escuche” (usuaria de 37 años).

Ligadura tubaria

5 de cada 10 usuarias jujeñas encuestadas conoce que es la ligadura tubaria, pero solo a **3 de cada 10** un profesional les explico sobre su uso. El **84%** de las usuarias no sabe cuáles son los requisitos legales para acceder a una ligadura tubaria.



Se destacan los **siguientes comentarios**: “No conozco los requisitos, yo me la hice hace 3 años en el Hospital Pablo Soria” (usuaria de 45 años); “Escuche que sin el consentimiento de tu marido no se podía hacer” (usuaria de 41 años); “Me quisieron obligar a hacerme la ligadura y la cesárea” (usuaria de 35 años); “No conozco los requisitos, la vi muy complicado para hacérmela, me mandaban de acá para allá” (usuaria de 23 años); “Antes te pedían que tengas más de 30 años, ahora solo que seas mayor de edad” (usuaria de 36 años); “Los requisitos son: pasar por la psicóloga y que te autorice tu pareja” (Hospital Wenceslao Gallardo, Palpalá, usuaria de 25 años).

Debido a los datos obtenidos en la encuesta como de los comentarios sobresalientes de las entrevistas realizadas a las mujeres jujeñas entendemos que las usuarias desconocen que la **ley N° 26.130** tiene como únicos requisitos – tanto para la ligadura tubaria como para la vasectomía – en primer lugar, ser mayor de edad, y el consentimiento informado.

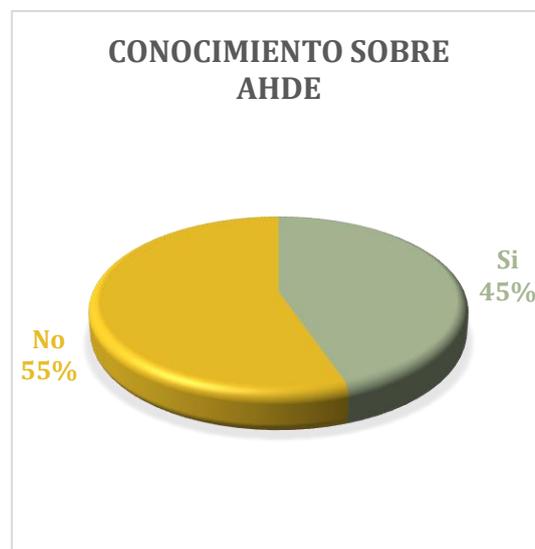
Una de las usuarias relato su experiencia con la ligadura tubaria a la monitoreante: “Yo hace rato que me la quería hacer acá en Tilcara me dijeron que no hacen, por lo que tuve que viajar a Humahuaca al final, fue una tortura conseguir turno, me tenían de acá para allá una vez que conseguí me atendió una doctora le solicite la ligadura me dijo que no había problema que me la podía hacer, me comento si lo del consentimiento informado, yo le pregunte específicamente si después iba a poder trabajar porque yo trabajaba en ese momento en un trabajo en negro – no registrado – y por temporada justo era en ese momento de la temporada mi turno para la ligadura, me dijo que no iba a haber ningún problema. Cuando me la hicieron me la practico otra doctora y después de la operación me dijo que no iba a poder trabajar por un periodo, le reclame le dije que a mí me habían informado otra cosa, pero bueno, quede sin trabajo por hacerme la ligadura.”

Anticonceptivo Hormonal de Emergencia (AHDE):

9 de cada 10 usuarias conocen que es el AHDE y la reconocen como “*pastilla del día después*” y el **56%** indico que alguna vez la utilizo, pero solo **3 de cada 10** usuarias jujeñas recibieron la información sobre cómo usar este anticonceptivo por parte de un profesional de la salud en una consulta sobre salud sexual y reproductiva.

Es decir que la mitad de las usuarias que alguna vez utilizo un AHDE sus conocimientos e información **no** provenían de una consulta sobre salud sexual y reproductiva, esto repercute en su autonomía y en la capacidad de poder tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo.

Se destaca el **siguiente comentario**: “*Me dieron muy poca información sobre la pastilla del día después.*” (usuaria de 18 años)



b. Información sanitaria y elegibilidad de MAC

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

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

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

Por autonomía de la voluntad debe entenderse “*el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa*”⁹. La información sanitaria brindada por el profesional de salud resulta clave para la toma de decisiones libres y debe entenderse como “*aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos*”¹⁰.

Frente a la pregunta: “**Cuando hiciste una consulta para poder planificar tus embarazos (planificarlos, espaciarlos o evitarlos) ¿les profesionales te explicaron los distintos métodos procedimientos y/o tratamientos disponibles, las ventajas y desventajas de cada uno?**”

El **51%** de las usuarias indicó que recibió la información suficiente y eficaz para poder elegir un MAC, pero el **20%** de las mujeres jujeñas encuestadas indicaron que no recibieron ningún tipo de información para poder planificar sus embarazos y elegir su método anticonceptivo. A su vez, el **12%** indicó que le *explicaron, pero no entendió*. Y el restante **17%** solo le *explicaron “algo”*.

Del **51%** de usuarias que se topó con profesionales que pudieron brindarles la información suficiente, preguntamos que recordaron sobre lo explicado, entre ellos, se destacan los **siguientes comentarios**: “*Solo me nombraron el DIU y el SIU. Buscaba que me pongan eso, no me explicaron bien el uso.*” (usuaria de 26 años); “*Estuve 7 años con anticonceptivos, después de eso tuve 3 hijos me explicaron el uso del DIU y ahora tengo eso (usuaria de 45 años con 8 hijos)*”; “*Me explicaron sobre el implante, cada cuanto tengo que cambiarlo*” (usuaria de 19 años); “*Me explicaron sobre los tiempos de duración y los efectos secundarios*” (usuaria de 29 años).

Observaciones participantes y no participantes encontramos: “En sala de espera hay carteles sobre atención de salud sexual, anticoncepción. Los folletos te lo dan en el consultorio

⁹ Art. 2 inc. e) de la ley N° 26.529.

¹⁰ Art. 3 de la ley 26.529.



de salud sexual. Hay un cartel pequeño que indica el consultorio. En cuanto a la entrega de métodos anticonceptivos, lo entrega el obstetra y la médica. Se mantiene la privacidad, se realiza dentro del consultorio. No hay dispenser de preservativos se entrega en enfermería. El resto de los anticonceptivos se realiza un recetario por el médico y se retira en enfermería.” (CIC N° 2 Perico).

“En sala de espera del edificio de maternidad hay carteles sobre atención de salud sexual, anticoncepción. Los folletos te lo dan en el consultorio de salud sexual. Hay un cartel pequeño que indica el consultorio. La entrega de métodos anticonceptivos, lo entrega el obstetra y la médica. Se mantiene la privacidad, se realiza dentro del

consultorio. No hay dispenser de preservativos.” (Hospital de Perico)

“El Hospital se encuentra con muchos carteles: hay carteles de información sobre métodos anticonceptivos, ITS, sobre consejerías sobre aborto que cito “Acá y en todo el sistema de salud del país el derecho a abortar es Ley. Si te lo niegan es delito” indica que es el Espacio indicado para la sexualidad y ofrecen confidencialidad, asesoramiento para embarazos inoportunos a través de la consejería en opciones, atención gratuita y a tiempo, además indican que día son los turnos. La información de los turnos fue chequeada tanto con los profesionales del servicio como con admisión a la hora de hacer la observación **participante** la misma es correcta. Cuentan con dispenser en la sala de espera de preservativos, la misma se encontraba con pocos preservativos cuando se realizó la observación participante.” (Hospital de Maimará)

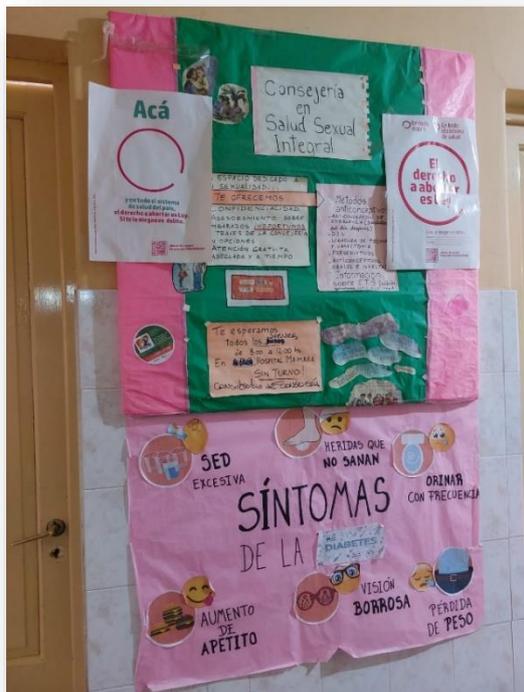


“La sala de espera del CAPS se encuentra totalmente despejada, no hay gente, no se observa la presencia de personal policial, asimismo, podemos observar al final de uno de los pasillos el consultorio de salud sexual que tiene un cartel verde que indica “consejería de educación para la

salud” cuelga un cartel de tela que indica “se realizan test de embarazo, test rápido HIV, consultas sobre: sexualidad, intervenciones legales del embarazo: consejería de salud sexual integral.” Además, indica los días y horarios de atención.” (CAPS La Viña).

“Se observan diferentes carteles sobre salud sexual y reproductiva, además, cerca del consultorio del final se observó un cartel sobre vasectomía” (Casa de Piedra)”

A su vez, **7 de cada 10** usuarias jujeñas pidieron anticonceptivos en el sistema público de salud, y al **15%** les fue negado su acceso a un MAC, como razón les profesionales les indicaron “*Me dijeron que necesitaba una orden medica*” (usuaria de 18 años) “*Querían darme pastillas*” (usuaria de 29 años).



Las mujeres jujeñas recurren al sistema público de salud por diferentes cuestiones, ante la pregunta sobre que fue su última consulta sobre salud sexual respondieron que en su mayoría asisten a una consulta de salud sexual por la provisión de métodos anticonceptivos en un **32%** mientras que **3 de cada 10** de las usuarias jujeñas encuestadas indicaron que asistieron a una consulta ginecológica ya sea para consultar ante sospecha de un embarazo, por un control en la gesta o post embarazo.

Que **3 de cada 10** usuarias asista a una consulta ginecológica cuando queda embarazada para sus controles únicamente, esto, nos da un dato sobre su autonomía y sobre su acceso a MAC ¿Cuál es el grado de autonomía de las usuarias jujeñas sobre sus cuerpos si solo acceden a una consulta ginecológica en su mayoría cuando están embarazadas?

Es por ello por lo que continuamos indagando: “**Durante la última consulta ginecológica ¿el/la profesional te informó sobre métodos anticonceptivos?**” las usuarias jujeñas respondieron:

Se destaca el siguiente comentario: “*Me da vergüenza preguntar sobre métodos anticonceptivos, nunca pregunte y nunca use*” (usuaria de 45 años)

Solo **6 de cada 10** mujeres jujeñas indican que ellas tomaron la decisión con respecto a que MAC iban a utilizar, y el **38%** indica que a su método anticonceptivo lo eligió el/la medique del servicio al cual asistieron. Una de las usuarias señala que el MAC fue elegido de forma conjunta por ella y su medique tratante.

A su vez, se destacan los siguientes comentarios: “*Nunca realice una consulta sobre métodos anticonceptivos*” (usuaria de 38 años); “*La médica me recomendó, pero desde que estoy*

en pareja no uso métodos anticonceptivos” (usuaria de 26 años); “También el medico puede elegir tu método anticonceptivo aparte de vos” (usuaria de 25 años); “Nunca tome anticonceptivos” (usuaria de 24 años).

El **63%** de las usuarias encuestadas manifestó que pudo hacer preguntas al profesional de la salud en una consulta, pero sin embargo **3 de cada 10** mujeres encuestadas señalaron que no pudieron hacer preguntas, ya que no se sintieron cómodas. Ante ello se aprecian los **siguientes comentarios**: *“nunca me dieron la información” (usuaria de 22 años); “Tampoco me preguntaban nada” (usuaria de 29 años); “No porque no tenía esas clases de preguntas, solo iba a la ginecóloga cuando ya estaba por tenerlos, recién a los 3 o 4 meses de embarazo venía a la consulta” (usuaria de 42 años); “Me sentí juzgada” (usuaria de 23 años); “Si porque estaba con una obstetra y si es un doctor varón me puedo sentir incomoda” (usuaria de 19 años); “Un poco le puede llegar a preguntar” (usuaria de 26 años).*

En el marco de las consultas médicas la ley de derechos del paciente otorga la decisión a las pacientes de poder ingresar según su deseo con una persona si así lo desean a la consulta, pero aun así el **63.5%** de las usuarias jujeñas indicaron que el profesional de la salud no les consulto si querían entrar solas o acompañadas a la consulta sobre su salud sexual.

Información sobre zika y chagas

El **67%** de las mujeres encuestadas jamás recibieron información en una consulta ginecológica sobre que es el zika, sus consecuencias y como esto podría afectar a la vida intrauterina. En cuanto al chagas el 47% nunca recibió información sobre esta enfermedad y sus consecuencias.

c. Principales barreras u obstáculos para el acceso a MAC

La falta de insumos, la falta de recursos humanos y la necesidad de las pacientes con contar con anticonceptivos es el paso previo para una interrupción del embarazo, de ello dan cuentas los integrantes de los equipos de salud jujeños que día a día asisten a los diferentes Centros de Atención, asimismo, les preguntamos “¿Cuál es su opinión sobre la situación de salud sexual y reproductiva en la provincia? ¿Se asegura la ESI en la Escuela? ¿Se garantiza el acceso a la anticoncepción?” ante ello respondieron:

- *“Es muy poca gente la que hace salud reproductiva en general sobre todo la que hacen anticoncepción, quedamos muy pocos médicos, solo 3 médicos, este servicio está en vías de desaparición como servicio de guardia porque se hizo una nueva maternidad en alto comedero y la idea es trasladar al personal para ahí, ya nos habían avisado el año pasado y acá se armaron los centros vecinales porque no se querían quedar sin servicio si bien estamos cerca no hay ningún colectivo que te lleve de forma directa la gente de acá cerca se tiene que ir hasta la ruta para tomar un colectivo, taxi o remis o ir caminando hasta el hospital, entonces se armó todo un problema acá, nos vinieron a bajar todos los ánimos del Ministerio diciéndonos que no nos iban a pasar y diciéndonos que el que quería irse se iba y el que no se quedó, entonces dos médicos se fueron y nosotros tres nos quedamos. Y el resto de los días están tratando de poner obstetricia en la guardia, va a desaparecer la guardia, pero no los consultorios que hacemos externos. Y la realidad también es que hay muy poca gente que ponga DIU, implantes. Palpalá solo tiene 2 obstétricos nombrados y tienen que hacer todo lo concerniente a su labor, en puestos de salud. Hay una sola educadora para la salud que es la única en todo Palpalá. Yo también atiendo en otros puestos de salud, y entre nosotros los médicos, obstétricas, la educadora y la psicóloga que esta nos acomodamos para cubrir los puestos de salud y el Hospital. Yo resuelvo menos de 17/18 semanas segundo trimestre temprano, el avanzado no, y AMEU 15/16 semanas de baja complejidad, si me llega alguien de más de 17 semanas las subimos a un grupo de consejerías que las resuelven en el Materno, en San Pedro, por eso también hay una lista re larga, todas esas pacientes se resuelve en lugares de alta complejidad, si pasas eso si hay una paciente que tiene causal todo con informe del Trabajador Social, las subimos a un grupo con sus antecedentes y desde el Ministerio se comunican con ella para resolver.” (Integrante del equipo de salud de Palpalá).*

- *“No contamos con insumos en MAC, lo único que tenemos es pastillas, DIU y nada más. no tenemos implantes, inyectables, ni mensual ni trimestral, solo está manejando un stock escaso desde el Ministerio de salud, no hay hace un montón de meses y es a lo que generalmente adhiere la usuaria y para el trimestral la paciente tiene que concurrir hasta el ministerio para que le den la medicación, tomar un colectivo para ir hasta ahí, tomar otro para volver que le coloquen acá, yo creo que es el mayor impedimento que tiene la provincia, si tuviera el acceso en el CAPS sería distinto, el DIU es difícil de que la paciente acceda por el mito de que la tía, abuela y todas se quedaron embarazadas. El plan ENIA nos comunican informalmente que hasta los 24 años se pueden colocar. No se garantiza porque no hay insumos. Si se garantiza la ESI no veo chicos de la primaria si de la secundaria, si tienen bastante conocimiento sobre los MAC por ahí el acceso a los*

CAPS atendemos a demanda, en el Belgrano está a la vuelta del polimodal así que muchas veces entran parejas y van alumnas con amigos y amigas y entran en grupos a la consulta así que es bastante bueno tener cerca al colegio, yo creo que si garantiza al menos la parte pública no sé cómo es el tema de los colegios privados y religiosos.” **(Integrante del equipo de salud del CIC de Villa San Martín)**

- “Tenemos pacientes que tienen 6 M de implantes y que se lo quieren sacar y ahí está el problema (...) Hacer una detección temprana de ITS, eso está costando mucho acá, hay desconocimiento general del uso de preservativo. Por ejemplo, ayer vino de 16 años con unas úlceras importantes en todo lo que es región vulvar en labios mayores y en grado agudo bastante complejo, se hicieron varios pedidos y hay que intervenir, y es la segunda pareja sexual que tiene. También tenemos baja incidencia en consultas en varones, aposté también a ese lado aumentemos las consultas en varones. La ESI nos da esa posibilidad de que el varón preste atención, Jujuy tiene un alto índice de machismo, una madre que dicen si tiene la primera menstruación su hija ya es mujer y hay que llevarla al consultorio de ginecología, ¿pero el varón? ¿cuándo se hace varoncito? el varón nunca va, y tenemos varones de 18/19 años que siguen yendo al pediatra. Y después hay otras afecciones que pueden ocurrir, si nunca van a un consultorio ¿cómo van a saber? También es importante destacar que el año pasado tuvimos la muerte de una señora con 9 gestas, entonces me preguntaba ¿qué pasó? ¿porque nadie le habló? ¿porque tuvo 9 gestas? ¿nunca usó métodos anticonceptivos? todas estas cuestiones tienen que ver con la anticoncepción y con el machismo.” **(Integrante del equipo de salud de Perico)**

- “Yo lo que veo en la provincia es que este tema avanzó mucho desde mi experiencia, hay más conocimiento de las personas al entregar toda la medicación veo que las adolescentes vienen más que antes, antes venían más entre 30/36, en edad reproductiva, que eso es bueno, abrieron la cabeza de las niñas y de las chicas pero cuesta mucho en Jujuy somos muy tradicionales tenemos muchos tabúes, para apuntar a que la comunicación sea más masiva, habría que implementar socialización del tema desde las escuelas. Acá tenemos el procedimiento por un control para ella, tenemos una receta del REMEDIR que es por seis meses, la primera consulta le pedimos que pase por una médica clínica o la obstetra y le hacen el control, por ahí es medio engorroso, pero es bueno para ella yo hace 5 años que estoy acá y ahora tenemos 350 chicas que todos los meses religiosamente de este sector vienen a buscar su método con su carnecito, estoy orgullosa de eso. Tengo algunas que son puntuales. Hay pastillas y hay inyectables la mensual y la trimestral y DIU. Lo bueno es que yo veo que con APS, avanzo muchísimo con el tema de los MAC, salen mucho a territorio, es una facilidad”. **(Integrante del equipo de salud de CIC de Alto Comedero).**

Sobre las barreras en el acceso a métodos anticonceptivos en **entrevistas en profundidad** se destacan los siguientes comentarios:

- “El otro día atendí a una chica del Carmen y me contó que no le quisieron poner el implante porque tenía 26 años, acá falta de voluntad para poner implantes sobran. Doble varilla estoy colocando, pero ese por suerte conseguí unos 10 y los tengo exclusivamente para esos casos, a veces las chicas jóvenes que repitieron IVE los tengo para ellas y también lo que hago es que las chicas mayores de 26 también les pongo, porque desde el ministerio nos dicen que hasta los 24 pongamos”. **(Integrante del equipo de salud de la Provincia)**



- “Si nos ayudaran más con anticoncepción tal vez tendríamos menos interrupciones, y ellos mismos muchas veces son los mismos que les dicen “sos changuita no te pongas el DIU porque tenés 16 años” y la piba tiene relaciones desde los 13. En cuanto insumos, estuvo faltando la mife en estos últimos tiempos, y estuvimos solo dando miso, y solo tuvimos 10 mife para casos excepcionales y ahora creo que quedan 4 o 5 en el hospital, y para anticonceptivos tengo todas está lista para las chicas que se quieren poner el implante y no hay, no sé qué paso, y la doble varilla ya pusimos. Todas estas pibas las voy tachando, pero porque les voy poniendo DIU o Anticonceptivos todas menos de 20 años en esta lista, hoy justo una que estaba en la lista llegó para una IVE.” **(Integrante del equipo de salud de CIC de Palpalá).**

- “En muchas ocasiones sí, pero no todo lo que está establecido en la ley se cumple, por ejemplo, la ley dice que todas tenemos derecho a elegir el método anticonceptivo que queramos, muchas veces no es así el implante se usa hasta los 24 en salud pública a menos que haya otra condición como por ejemplo que sea una persona de bajos recursos, en el caso de abusos sexuales se realiza otro protocolo.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Tilcara).**

- “Faltan insumos, lo que hacemos y ramos de hacer es usar lo que más hay el anticonceptivo oral las pacientes prefieren la Mesigyna o el implante que es mucho más práctico. Pero hay mujeres que lo necesitan, aunque es hasta una cierta edad, acá en San Pedrito hay una sola mujer que ante el faltante lo pudo comprar, ella lo trajo de San Salvador. Lo que es Mesigyna tratamos de que haya un stock acá comprándola, y ya está llegando a dos mil pesos más o menos entonces para la gente que vive al día es un presupuesto. A las mujeres les cuesta mucho el uso de MAC, uno es el tema de la situación económica, y otro el miedo por los mitos: como por ejemplo el aumento de peso. También hay una población muy reacia la que viene de Bolivia por ejemplo que no usan métodos y ellos mismos se acercan, pero simplemente no quieren usar.” **(Integrante del equipo de salud de un CIC del Norte de la Provincia).**

Se destaca el **siguiente comentario** extraído por la monitoreante de una de **las entrevistas a usuarias jujeñas** realizadas: *“Yo me cuidaba con inyectables cada tres meses y no había en ningún lado entonces como no me daba el bolsillo lo fui a ver, ahí él me comento sobre el DIU y me lo puse, porque me dijo que si no me cuidaba podía quedar embarazada”* (usuaria de 30 años)

Lamentablemente la situación actual en comparación con los resultados obtenidos del Monitoreo Social sobre Anticoncepción e Interrupción Legal del Embarazo en Jujuy (2019) no cambió, el desabastecimiento de insumos en la provincia de Jujuy existía en 2019 y al día de la fecha también.

En **Observaciones Participantes** tuvimos que acudir a las diferentes farmacias de los Hospitales, donde nos brindaron anticonceptivos es en los siguientes Centros de Atención: Materno Infantil, Hospital de Humahuaca, Hospital de Palpalá y en el Hospital de Maimará nos encontramos con un dispense de preservativos.

d. Información gráfica sobre derechos sexuales y reproductivos

De conformidad con el artículo 8 de la ley 25.673 y su Decreto Reglamentario Nº 1282/2003, “los Ministerios de SALUD, de EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (1) vez al año, para la difusión periódica del Programa”. En el marco de la atención sanitaria que regula ley 26.529 se expresa que rige también para los centros de salud públicos y privados de atención, la obligación legal de “adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los pacientes en materia de información sanitaria”¹¹

La Ley Nº 25.673, en su exposición de motivos legislativos, señala que esta normativa importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros¹². Sin embargo, este tipo de campañas de difusión no existen, como así tampoco la información gráfica que dé cuenta de estos derechos.

4 de cada 10 usuarias jujeñas encuestadas que asisten al sistema público de salud no encontraron cartelera sobre salud sexual o sobre procreación responsable que pueda brindarles información.

Se destacan los siguientes **comentarios**: “Vi carteles de planificación familiar, yo me cuido para no tener más hijos” (usuaria de 29 años); “Antes no había carteles sobre derechos sexuales y reproductivos, hace 2 años aproximadamente comencé a ver” (usuaria de 25 años); “Vi muy pocos carteles” (usuaria de 36 años).

En **Observaciones Participantes** se encontró: en todos los Centros de Atención visitados – tanto CIC, CAPS como Hospitales – se encontró información referida a métodos anticonceptivos, en mayor o en menor medida. En CIC San Pedrito, la monitorante relata “La accesibilidad no es complicada, está ubicado sobre la ruta entre Tilcara y Maimará, llegamos en taxi, los colectivos tienen varios horarios y costos bajos, generalmente las personas usan los taxis para transportarse. No tiene rampa de acceso para personas con discapacidad, a su vez, al llegar me encontré con mucha gente en una capacitación en modalidad taller. Después en **entrevista en profundidad** me comento la Agente Sanitaria que el educador estaba dando un taller sobre ITS porque había muchas en la zona”

En **entrevista en profundidad** se destaca que tanto el Hospital de Tilcara y el CIC San Pedrito en Maimará se destaca la fuerte presencia de los APS para difundir y brindar información sobre

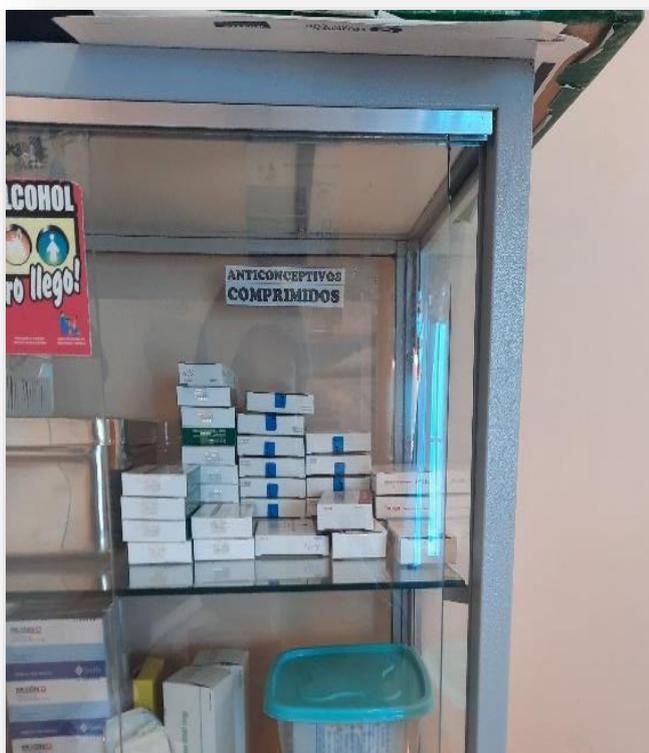
¹¹ Art. 3 del Decreto Nº 1089/12

¹² Art. 8 del Decreto Nº 1082/2003. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>

los derechos de las personas, en estos dos centros de atención se realizan talleres con este fin. Se destacan los siguientes comentarios:

- *“Constantemente hay talleres, hay muchos casos. Siempre está el educador, las obstetras también siempre están y tratan de aprovechar lo más que puedan, todo lo que puedan abordar y nosotras como agentes sanitarios también. Hay estigma y mito, pero ya se está terminando con todo eso”* (Integrante del equipo de salud del CIC San Pedrito sobre Taller de ITS a la comunidad)

- *“En cuanto a los talleres sobre métodos anticonceptivos, acá se hacen talleres y charlas por lo general los días que se atiende en odontología, de forma estratégica porque son los días que más viene la gente y con los chicos. Empecemos a trabajar con chicos desde los 10 años varones y mujeres los educadores cuando vamos a domicilio, incluso desde los 10 con el permiso de los padres se trata el tema, desde los 13 años aproximadamente ya no necesitan la autorización del padre. Las visitas a domicilio tenemos 3 rondas en el año, por lo menos tratamos de hacer tres rondas por familia por año, la distancia más larga de geolocalización tenemos Maimará, por suerte no tenemos zona de alta montaña si a veces es difícil es encontrar a la familia porque salen a trabajar entonces no están. Tratamos de atraerlos cuando vienen acá acaparándolo lo más que se pueden. Se hacen en las visitas o los días martes que sabemos que viene mucha gente por odontología, sabemos que va a haber población, entonces ahí tratamos de hacer los talleres, porque si los convocamos un día que no hay especialistas y no hay médicos es medio difícil que vengan. y viene mucha gente.”* (Educatora para la Salud y Agente Socio Sanitario del CIC San Pedrito).



En contraste con las **Observaciones Participantes**

realizadas y la respuesta de las usuarias del servicio público de salud entendemos que no todas las usuarias prestan atención a la cartelería disponible del Hospital y debemos tener en cuenta el nivel de estudios con el cual se identificaron las mismas, no por ello la cartelería debe dejar de existir, al contrario, es una obligación estatal la comunicación social a las personas y un Derecho Humano. Invitamos a repensar otros tipos de medios de difusión como redes sociales, programas de radios, encuentros barriales, como medio de difusión incentivando así el acceso a los Derechos Sexuales Reproductivos y No Reproductivos de las personas con capacidad biológica de gestar.



7. ABORTOS PERMITIDOS POR LEY

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

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

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



El 28 de mayo de 2021 mediante la Resolución N° 1531/2021 el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad presentaron el Protocolo para la atención integral de las personas con Derecho a la IVE/ILE destinada a los equipos y centros de salud como herramienta práctica para facilitar el trabajo y favorecer el acceso a la ILE, IVE y a la atención post aborto. Posteriormente, el 13 de agosto de 2021 se publicó el Decreto N° 516/2021 reglamentario de la Ley 27.610.

a. Causal salud (ILE)

Bajo la denominación “Causal Salud” se comprende toda gestación que ponga en riesgo o afecte la salud de una mujer. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹³ y a su vez, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (Resolución 952/2022 del Ministerio de Salud de la Nación), indica que “Es posible identificar una serie de situaciones relacionadas con factores de vulnerabilidad social que pueden hacer que un embarazo ponga en riesgo la salud de la persona gestante. Una interpretación adecuada de la causal salud supone entender, además, su vinculación con los conceptos de bienestar y determinantes sociales de la salud, en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos. (...) Una mención especial requiere la situación de les niñas y adolescentes (NNNA), cuyos riesgos por la continuación de un embarazo son mayores a los de las mujeres o personas de mayor edad. El embarazo implica en sí mismo un riesgo aumentado para su salud tanto física como mental y para su vida.”¹⁴

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

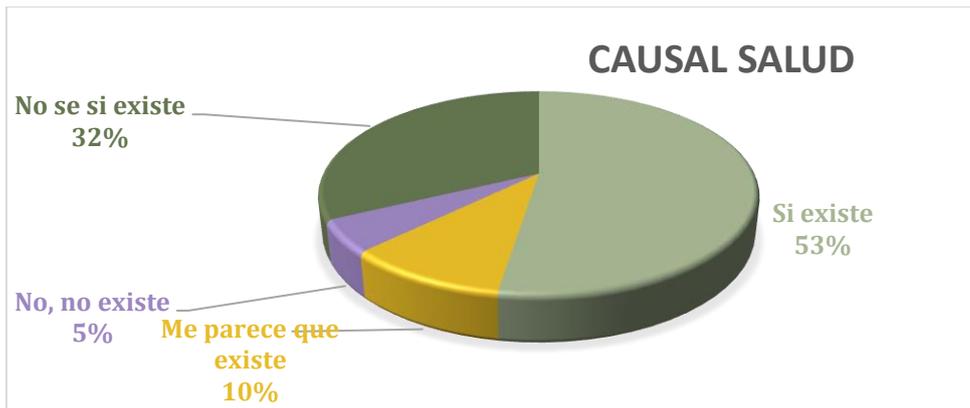
A su vez el Protocolo también establece pautas sobre la ILE “se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto que, en general, son más altas que las de la población adulta. El Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo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

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

Solo **6 de cada 10** mujeres jujeñas encuestadas reconocen como alternativa a abortar como una práctica médica legal cuando esté en peligro su propia vida.

¹³ OMS (2014)

¹⁴ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022). Sonia Ariza Navarrete ... [et al.]; coordinación general de Valeria Isla. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022.



A diferencia de los datos recolectados en el Monitoreo realizado en Jujuy en el año 2019, hoy es mayor el número de mujeres que conocen la ILE. Es necesario destacar que este curso de acción terapéutico legal tiene más de 100 años de vigencia. ¿Qué cambió desde el 2019 al 2023? Creemos que la sanción de la Ley 27.610 y el activismo feminista de la marea verde contribuyeron a difundir información también sobre ILE.

Frente a la pregunta: **¿Cuándo considerarás que un embarazo puede poner en riesgo la salud de la mujer?** Se extraen los siguientes comentarios: *“Cuando tiene una discapacidad, cuanto tiene capacidad incompleta”* (usuaria de 29 años); *“Cuando es una persona muy chica puede haber complicaciones”* (usuaria de 21 años) ; *“Cuando es muy niña, por una enfermedad”*; (usuaria de 33 años); *“Cuando el bebe no viene bien o con mal formaciones”* (usuaria de 23 años) *“Presión alta de la mujer”* (usuaria de 39 años); *“Por una enfermedad, no solamente por un retraso madurativo en la gestación”* (usuaria de 41 años) *“Cuando corre riesgo la salud de la persona, tanto del bebe como de la mamá”* (usuaria de 59 años); *“Creo que cuando el bebé sea incompatible con el cuerpo de la madre Cuando la mujer ya tiene un riesgo de morir”* (usuaria de 24 años).

Asimismo, **2 de cada 10** usuarias encuestadas cree que no puede interrumpir su embarazo cuando la gestación de un feto tiene malformaciones incompatibles con la vida o malformaciones graves.



La mayoría de los comentarios obtenidos de las encuestas realizadas indicarían que las personas con capacidad biológica de gestar solo pueden acceder a una ILE con causal salud

cuando tengan una patología de base biológica o cuando la vida fetal es incompatible con la vida extrauterina. Queda por fuera del imaginario de las encuestadas la salud integral.

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

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

b. Causal violación (ILE)

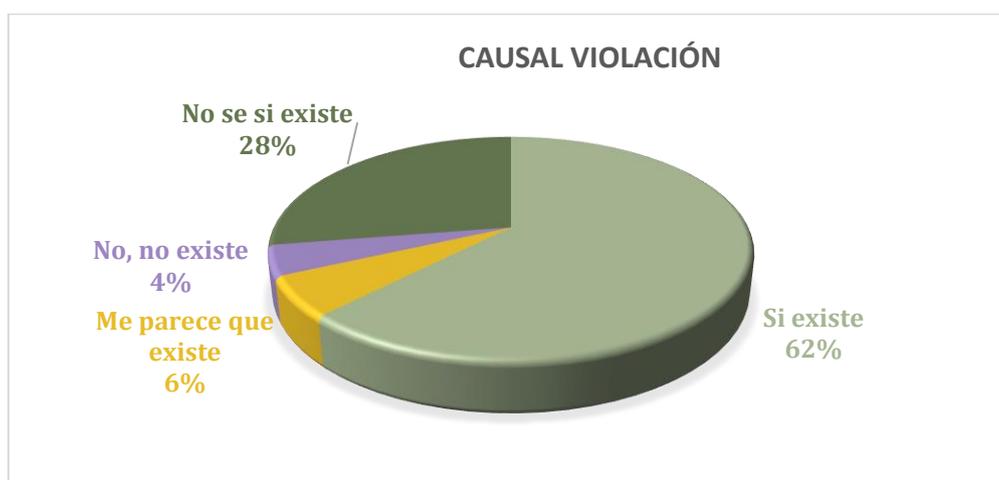
Bajo la denominación “Causal Violación” se encuadra la interrupción legal de un embarazo que es producto de una violación o un abuso sexual. En cualquier caso, una relación sexual no consentida. El fallo F.A.L despejó toda duda acerca de si la mujer con derecho a abortar era solo la que tenía una restricción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

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

Al existir esta causal desde 1921 y con el pronunciamiento sobre el fallo F.A.L cumpliendo más de una década nos preguntamos **¿Qué saben las usuarias jujeñas sobre la causal violación?**

7 de cada 10 de las encuestadas conoce que puede interrumpir un embarazo cuando es producto de una relación sexual forzada. En contraste con el **Monitoreo Social de 2019**, **6 de cada 10** mujeres encuestadas conocían que podían interrumpir su embarazo bajo esta causal.

De todas formas, es muy llamativo que, a 102 años de la legalidad de la ILE en Argentina, todavía 3 de cada 10 encuestadas desconozcan que pueden abortar en casos de un abuso sexual.



Ante ello preguntamos que entienden las encuestadas por “violación” y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

7 de cada 10 usuarias encuestadas indicaron que una violación es “una relación sexual sin consentimiento, no importa con quién o dónde sea”.



Si bien el fallo F.A.L, desde el 2012, descarto totalmente la posibilidad de exigir una denuncia policial o judicial como requisito para el acceso a las interrupciones legales del embarazo en caso de violación y que, asimismo, la ley 27.610 recogió este mismo criterio, **4 de 10** de las encuestadas indica que es correcto que el personal de salud les exija una denuncia policial para poder realizarse un aborto en casos de violación.

Ante ello, a les profesionales de la salud en **Entrevistas en Profundidad** les consultamos sobre si exigían o no denuncia policial o judicial para que las ciudadanas puedan acceder a un aborto en estos casos:

- *“Denuncia en caso de Violación solicitamos solo si es un ILE, y se hace el seguimiento desde acá.” (Integrante del equipo de salud de CAPS de Villa San Martin).*
- *“No intervenimos en esos casos” (Integrante del equipo de salud del CAPS Belgrano).*
- *“No eso si tenemos bien aceitado y los ILE. en niñas más aceitado porque tenemos desde el 2017 activado el proctólogo así que todo lo que es menores de 15 y por ende las capacitaciones de la Ley Micaela vinieron muy bien, está bastante bien aceitado. No niega que por ahí se nos escape alguna bala, porque el sistema sigue atravesado por el patriarcado. En ese sentido estoy muy conforme. Prioridad con las menores de 15 en la lista de espera, siempre. lo que sí nos está costando yo lo tomo como una ILE, tiene pequeñas aristas que nos toca pensar, porque por ejemplo donde se capta, si el hecho se descubre en la escuela la maestra la acompaña como adulto referente hasta la maternidad, y la denuncia quien conoce el develamiento se hace, la respuesta es automática y la denuncia va por otro lado.” (Integrante del equipo de salud del Hospital Materno Infantil)*

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

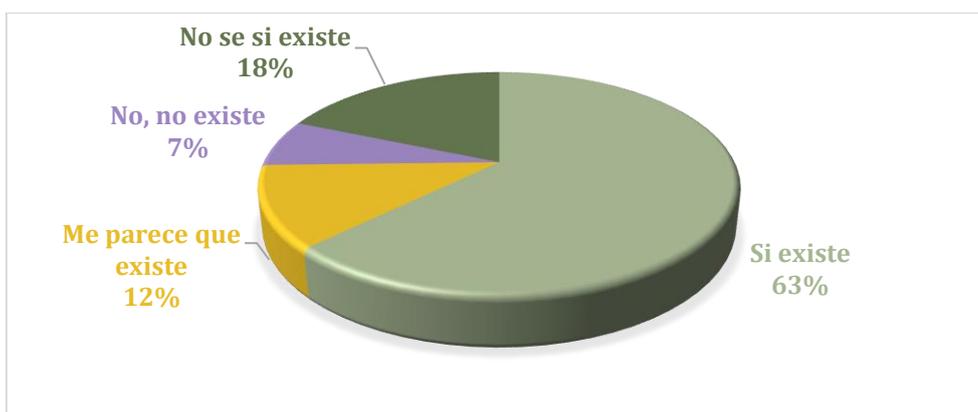
Desde el momento en que le paciente solicita la practica en cualquier servicio social la interrupción del embarazo el profesional que la atendió tiene un plazo de 10 días para brindarle la información y el acceso a la práctica.

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

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

¿Qué saben las jujeñas sobre IVE?

6 de cada 10 de las mujeres jujeñas conocen que pueden abortar por su propia decisión.



Nos parece importante destacar que la ley que otorga a las personas con capacidad biológica de gestar se encuentra con plena vigencia y efectividad desde el año 2021, es decir que con solo dos años de vigencia esta normativa puso en conocimiento lo que hace más de 100 años lo que no se conocía que es abortar por causales: la ILE.

Esto implica reconocer la despenalización social del aborto, en tanto que los movimientos feministas por el derecho a decidir pusieron sobre las calles las discusiones en cuanto a nuestras sexualidades, placeres, planificación familiar, acceso a métodos anticonceptivos, fallas de estos, en particular y todo lo concerniente a nuestros Derechos Sexuales, Reproductivos y No Reproductivos.

Con respecto a las campañas estatales que se desempeñan dentro de los servicios públicos de salud a los fines de difundir la política pública del aborto en **Observaciones no participantes** coincidimos con los siguientes hallazgos:

“Ingresé por la guardia, se encontraba limpia e iluminada es un cuarto pequeño que tiene una ventanilla con asientos disponibles para la espera, al llegar no te topas con personal de seguridad por esa puerta (por la del ingreso en general si y no te dejan pasar si no decís a dónde vas) te atiende le administrative detrás de la ventanilla de mala manera y no se respeta la confidencialidad: había una mujer que le pedían estudios para hacerla ingresar estudios que no se podía hacer ahí y se quejaba de la burocracia del centro manifestando que la hacían ir y volver todo el tiempo” (Hospital Materno).



“Los pasillos se encuentran limpios y despejados, por las ventanas del pasillo observas la obra en construcción de ampliación del Hospital a mano izquierda, al final del pasillo encontrás la sala de maternidad, en la sala de maternidad a mano izquierda tenés la farmacia vidriada, también la sala de varones. En ese sector hay una sala de espera, donde hay una mujer, sale la Dra. y le da su parte médico riesgoso, sin respetar su privacidad, así como yo había otras personas en la sala” (Hospital de Tilcara)



“En sala de espera hay carteles sobre atención de salud sexual, anticoncepción y atención de IVE. Hay carteles de horario de atención para las consultas de IVE. Los folletos te lo dan en el consultorio de salud sexual. Hay un cartel pequeño que indica el consultorio.” (Casa de Piedra)

c. ¿Dónde se garantiza el aborto en Jujuy?

El informe anual “ImplementAR”¹⁵ sobre IVE/ILE: Informe anual 2022 -2023 especifica que en Jujuy encontramos 54 efectores en el sistema público de salud que garantizan estas prácticas médicas lícitas, y que en este mismo año se realizaron 2.580 interrupciones que fueron formalmente informadas al Ministerio de Salud de la Nación.

Ante ello, en todos los centros visitados existen agentes sociosanitarios que garantizan la práctica, las mujeres pueden asistir a solicitar un aborto a:

- Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana (Capital).
- Hospital Pablo Soria (Capital).
- Centro de Especialidades Norte y Sur (Capital).
- Casa de Piedra – Anexo del Hospital Pablo Soria (Capital).
- Hospital Wenceslao Gallardo (Palpalá).
- Hospital General Belgrano (Humahuaca).
- Hospital Dr. Salvador Mazza (Tilcara).
- Hospital Miguel Ángel Miskoff (Maimará).
- Hospital Arturo Zabala (Perico).
- Hospital Guillermo Paterson (San Pedro).
- CAPS Santa Rita (Capital).
- CIC Villa San Martín (Capital).
- CIC La Viña (Capital).
- CIC Copacabana (Alto comedero).
- CIC de Palpalá.
- Centro Integrador Comunitario N° 2 (Perico).
- CIC San Pedrito (Maimará).

Mediante **observaciones participantes** y **entrevistas en profundidad** pudimos comprobar que se garantiza la práctica médica lícita del aborto en Jujuy, tanto IVE como ILE, pero que existen diferentes tipos de barreras e impedimentos. Por ejemplo: se repiten los mismos profesionales en distintos lugares de la provincia y en distintos niveles de atención, lo que implica una sobrecarga del personal de salud que garantiza abortos. A su vez, por disposición del Ministerio de Salud, las usuarias de capital deben, luego de su consulta médica, ir a buscar ellas mismas la medicación del Misoprostol al Ministerio, lo que se traduce en un doble gasto de transporte y un doble gasto de tiempo.

¹⁵ Coord. Grupo de trabajo Acceso a la IVE/ILE, conformado por Valeria Isla, Analía Messina, Sonia Ariza, Celeste Benetti, Noelia Cabrera, Florencia Copello, Viviana Fridman, Damián Levy, Victoria Pedrido, Antonella Peres y Natalia Suarez (2023). “ImplementAR IVE/ILE. Informe anual 2022 – Ley 27.610”.

Consultamos a los efectores del sistema de salud **“En su opinión, ¿cuál es la situación del aborto permitido por la ley en la provincia y en particular en el Servicio de Salud donde trabaja?”** ante ello, manifestaron:

- *“Yo soy licenciada en obstetricia y tengo una mirada distinta, solo pueden recetar los médicos y ahí vemos un gran problema y la gran cantidad de objetores de conciencia. Solo debemos tener el 0,7% de efectores más o menos, entonces a partir de ahí nos costó un montón. El tema ahora es mantener la ley vigente, ya no sirve la combativa de antes que hay mucha rigidez y tampoco sirven la cuestión de que me quedo tranquila y que la resuelva otro. Ahora me metí en 2T avanzado para ayudar, y es como hacer un parto. Acá hay solo 3 profesionales que hacen asistolia, muchos de los factores están capacitados en AMEU pero no hacen AMEU”. (Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).*

- *“Cuando empecé a trabajar con la ley hubo como un aprendizaje de todos lados, fue todo muy nuevo de cierta manera, y es así la provincia tiene mucho rechazo a la interrupción, se trabaja con los equipos a nivel provincial de todas las ramas así logramos conseguir muchas cosas, la peleamos muchísimo, hoy tenemos el acceso a la mifepristona que antes lo hacíamos solo con el misoprostol, el Combipack y las chicas tienen una mejor evolución el tratamiento es más efectivo, nos garantiza que después no tengamos que hacer un AMEU y no quedarse internada, pero vemos en algún momento cuando iniciamos veíamos la repitencias, así que tuvimos pacientes que tuvimos que pelearla un poco más, ya a la tercera interrupción les dijimos que si no querían maternar que veamos la posibilidad de un MAC, estamos bajando la repitencia pero tenemos todavía un bajo índice pero hay.” (Integrante del equipo de salud de Perico).*

- *“Mira, yo tengo 53 años por ahí me costó y las mujeres de mi edad por ahí les cuesta y ahora viendo el día a día y ahora con el concomito que tengo y que les sirve a las chicas, pero creo que tendría que ser difundido de una manera masiva para que ellos sepan cómo manejarse en esta situación, acá hay mucho en tabú, los chicos también hacen muchas cosas a escondidas, en la comunidad hubo muy buena aceptación, acá se hacen 60 IVE al mes, entonces tuvo un crecimiento genial también viene chicas de otras partes pero la mayoría son de acá.” (Integrante del equipo de salud del CIC Copacabana).*

- *“Se garantiza, el problema es que son muy pocos los profesionales que garantizan la interrupción son muy pocos los medios muchas veces derivamos. Los IVE hasta las 14 semanas y 6 días y los ILE son casos especiales: por violación son muy pocos los que se hicieron, se derivan acá no se hacen. Se hacen hasta las 14 semanas independientemente sean IVE/ILE. Esta el programa de salud sexual, acá siempre tenemos reuniones entre diferentes profesionales, estamos en contacto con las diferentes localidades. Se hacen internaciones para aborto cuando la paciente es de domicilio alejado y si no, la paciente tiene la posibilidad de estar acá a las 6 am mucho mejor. La paciente vino con el IVE y se va de acá con la internación se hace AMEU o se hace farmacológico - depende - pero la paciente queda internada cuando es de un domicilio alejado y ya se va con el aborto hecho y ya salió el producto y con antibiótico. Pero todo lo indica la ginecóloga, en general se da la primera dosis (4 pastillas) y después se intenta otra más y si no se hace un legrado, pero todo lo indica la ginecóloga y es depende el caso. Se hace para que la paciente este más tranquila y más cómoda, por ahí viene pacientes jóvenes de 16/15 años de La Quiaca, con hijos ya o personas a su cuidado no con muchos conocimientos y con temor*

entonces se hace con internación, se las contiene mucho”. (Integrante del equipo de salud del Hospital de Tilcara).

- “Se garantiza y hace los seguimientos la educadora y ella brinda las pastillas y la consejería post aborto. Hace el seguimiento de acá de este barrio y de otros barrios. Los turnos puedes sacarlos y podés venir acá, reservado el turno el 0800 de turno.” (Integrante del equipo de salud del CAPS Villa San Martín).

- “Si funciona, sí. tenemos consultas de capital cada día que atiendo siempre tengo una dos o tres consultando y accediendo”. (Integrante del equipo de salud de CAPS Belgrano)

Si bien estos números, y las investigaciones realizadas por este equipo dan cuentas que el aborto en la provincia de Jujuy se garantiza, podemos notar diferentes **obstáculos para el acceso a la hora de abortar**, se destacan los siguientes comentarios de **entrevistas en profundidad**:

- “Últimamente ningún obstáculo, porque muchas de las usuarias que vienen acá las que no vienen derivadas o recomendadas buscan por internet entonces encuentran la información rápidamente. Las usuarias llegan y se les da el turno en la consejería, brindamos toda la información y se les da el turno con el Dr. que viene lunes y miércoles, en caso de que sea IVE/ILE se les da respuesta. El Dr. solamente da la receta para la IVE y retiran en el ministerio cuando es ILE (y más de 15 semanas) se les da el Combipack a la paciente 48 horas antes de la internación. No tenemos pacientes que repiten la intervención.” (Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra).

- “La falta de efectores es lo que últimamente más se ve, en las consultas hay bastantes. Yo estoy trabajando hace un par de meses con AMEU en el consultorio de Perico, cuando llegue no existía el consultorio donde estaba el Lic. con impropiedades, él está desde el año pasado, el antes hacía con un Dr., ahora el ya no realiza por falta de pago y otras cuestiones entonces el consultorio no funcionaba, cuando yo llegué había falta de medicación y hoy por hoy en Perico tiene todo un servicio de maternidad que no quieren hacer las consejerías, las obstétricas por ahí si lo hacen pero lo hacen como a medias pero te derivan pero no realizan ningún tipo de consejerías y bueno empezar a construirlo de a poco desde febrero la estoy peleando. Perico es una pequeña ciudad que tiene muchas fincas alrededor, pero nació de fincas de tabaco hay muchos pueblos chiquitos que no tienen mucho acceso a la salud cuando empecé empezaron a llegarme casos de todos lados con muchos casos sociales, el Carmen por ejemplo hasta ayer tuve un caso de que la recontra trataron mal era una mujer grande que quedó embarazada. Son todos objetores en el Carmen, es un complot yo le insistí con el tema de la denuncia así que los obstáculos también son esos: **los objetores**; en Perico había mucha clandestinidad y sigue habiendo, en la farmacia les venden las miso, o la enfermera o la obstétrica y hay bien específico, yo no sabía hasta que llegue hay ciertas personas que trabajan en la clandestinidad y lo siguen haciendo. Y en Palpalá empecé hace 3 años acá, estaba conformado por uno de los equipos más completos porque tenemos una psicóloga y una educadora para la salud así que lo bueno de acá la mayoría y como yo trabajo con los agentes sanitarios porque soy generalista, cuando saben que hay algún caso me llaman a mi saben que pueden ir al consultorio del hospital, o sea que tienen un mejor acceso, no tuvimos consultas de mucha edad gestacional.” (Integrante del equipo de salud de la Provincia de Jujuy).

• *“Sobre todo **Institucional**: el director era re complejo un tipo horrible era ginecólogo y me ponía muchas trabas yo iba a pedir algo y me ponía un montón de trabas, siempre era pelear por el consultorio, ahora él se fue y hay otra médica, así que hoy tampoco muchos solo eso el que estaba antes estaba en contra del aborto. Hay un solo médico en el hospital que hace ecografías, y eso limita el acceso a las ecografías, pero en caso de urgencias se hacen rápido, él es antiaborto, pero las hace igual, la eco es un factor importante, para el laboratorio no es tan complicado, siempre pedimos ecografías. **Objetores**: acá en el servicio son todos objetores, menos quienes garantizamos, nosotras pusimos carteles, antes no daban ningún tipo de información, ahora recibimos pacientes de todos lados y ellos indican donde tienen que buscarnos, pero por lo menos hacen una pseudo derivación tiene que buscar a x y x persona.”* (Integrante del equipo de salud del Centro de Salud de Palpalá).

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

• *“Trabajamos todos solos. Yo cuando hago un 2T temprano estoy sola, en todo caso ya las enfermeras que están en el servicio ya están acostumbradas a la práctica, aunque algunas decidieron irse del servicio y se pasaron a pediatría, porque no les gusta o porque están en contra del aborto en vez de estar pasándola mal conmigo ayudándome se pasaron a otro servicio entonces las que están dos o tres que están más o menos siempre me colaboran me arman todo para ayudar a hacer la aspiración y lo entienden un poco más. La mujer también está sola, la enfermera también la asiste, pero no hay alguien que esté específicamente con ella en todo este proceso. A veces me pasa que ante una complicación tengo que derivar y ya sé que no voy a tener una buena respuesta del otro lado, del otro servicio, cosa que no pasa con otro servicio por ejemplo con una herida abierta en una cesárea no pasaría. Complicaciones podemos tener todos los médicos, entonces dentro de todo, en este servicio si viene una mujer sangrando no la mandan a la casa, la atienden le hacen la aspiración, le ponen el anticonceptivo post, conseguimos que no las maltraten, hubo dos o tres denuncias al jefe de servicios al 0800 de denuncia de maltrato, ahora está acéfalo, se tranquilizó todo ahí con respecto a la atención.”* (Integrante del equipo de salud de Palpalá).

• *“Este es un Hospital de segundo nivel, el año pasado teníamos la posibilidad de hacer AMEU hasta 12/13 semanas, en el caso de las 14 semanas se utiliza el Combipack bajo internación. Asistolia se la hace en el materno infantil solo este año empezamos a hacer, lo hacen tres doctores nada más, antes no se hacían.”* (Integrante del equipo de salud de Perico)

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

• *“Si hay un equipo preparado para eso, aunque hay objetores en el servicio, pero no obstaculizan.”* (Integrante del equipo de salud de CIC Copacabana).

• *“Si está dispuesto, aunque todos acá son objetores, tuvimos que armar nuestro equipo.”* (Integrante del equipo de salud de la maternidad)

• *“Si está previsto, estoy yo con la dra.”* (Integrante del equipo de salud de Perico).

- *“En todos los CAPS hay equipo, en algunos CAPS más y en otros menos.”* (Integrante del equipo de salud de Villa San Martín)

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

- *“Ahora tenemos en lista de espera 4 ILE, la lista de espera se resuelve de 30 semanas esta semana y la semana que viene se tiene que resolver las restantes hay que acomodar a las usuarias entre los tres doctores que garantizan, es un problema porque faltan efectores. Y pienso que los efectores no es una cuestión del Ministerio de salud, el programa de salud sexual trata de sumar más efectivos, pero ellos no se quieren sumar. Este año comenzamos a hacer asistencias, los médicos ya la conocían a la práctica y comenzaron a realizar. Hasta 15 días a veces esperan las usuarias de 2T, hay mucha demanda. En el caso de que sea la ILE en la Quiaca, si es de ahí se resuelve en el materno infantil, y el traslado corre por cuenta de la usuaria. En caso de ASI se resuelven inmediatamente.”* (Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra).

- *“Yo creo que entonados los CAPS de capital y en alto comedero tiene un equipo porque yo acá en la mayoría de las pacientes que consulta no son de acá del barrio vienen de varios lugares seguramente, como lozano también, en Belgrano van de todas las edades y de todas las localidades.”* (Integrante del equipo de salud del CAPS Belgrano)



d. Aborto e información sanitaria

5 de cada 10 de las encuestadas indica que observó carteles sobre aborto en los servicios públicos donde asiste.



6 de cada 10 de las mujeres jujeñas encuestadas nunca recibió información sobre IVE/ILE en una consulta, como poder acceder, que es una interrupción ni cuáles son los derechos que tienen las personas gestantes al respecto.

En **entrevistas en profundidad a profesionales de la salud sobre información**, se destacan los siguientes comentarios:

“Es consejería referente el centro, tenemos muchas derivaciones también por consultas que llegan acá para que las atendamos, acá llegan de todas las edades gestacionales, con mucha información con nula y acá buscan se les brinda toda la información para que se les brinde toda la información para que se les haga la ecografía y el grupo de factor sanguíneo. Actualmente tenemos muchas consultas de dos o tres a la semana de edad gestacional avanzada de 15 en adelante, en esos casos se les da respuesta como IVE y los Dres. D.T, S.P y N.M son quienes dan respuesta a las ILE, en el Materno y en San Pedro” (Integrante del Equipo de salud de Casa de Piedra).

e. Circuitos sanitarios de ILE e IVE

Las interrupciones del embarazo no solo se deben garantizar en los servicios públicos de salud, sino que debe existir una calidad de atención en cuenta a los estándares establecidos por la ley de derechos del paciente y por la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

Es por ello, que en **Observación participante** destacamos los siguientes comentarios:

“Ingresé al hospital y solo puedes acceder si el guardia de seguridad te deja pasar, le dije para que iba e hice la cola en admisión, quien me atendió no sabía darme la información ni de que le estaba hablando, es así que, me indico que tenía que ir al consultorio 18 que se encontraba en planta alta, subí por las escaleras – el ascensor no se encuentra en servicio, no hay rampas, por lo que una persona con discapacidad o en silla de ruedas no podría acceder al mismo u a los otros pisos que conforman dicho nosocomio – al tocar la puerta me indicaron que tenía que ir a casa de piedra y no me dieron más información” (Hospital Materno Dr. Héctor Quintana).



“No había personal de seguridad en la puerta al ingresar, lo que si te solicitaban barbijo, dimos la recorrida por el hospital y en la puerta del consultorio de salud sexual decían los días y horarios que atendían, al realizar la observación participante solicite una interrupción y me dieron los días y horarios que indicaba el cartel dispuesto en el consultorio que eran los días miércoles a la mañana y jueves a la tarde, además me indicaron que en este centro realizan ecografías” (Hospital de Palpalá) Esta información fue posteriormente corroborada con quien se encuentra en el servicio y nos indicó que esos días son los cuales atiende.

“Cuando ingresamos al CIC lo primero que vimos fue información sobre aborto, estaba despejado el lugar, no había gente, fueron muy amables cuando nos atendieron al preguntar por una IVE nos indicaron que no estaba la educadora ni la obstétrica que eran quienes hacían las consejerías, pero nos dijeron que días podíamos venir” (CIC de Villa San Martín) Esta información fue constatada con el equipo de salud.

No debemos olvidar que la IVE es legal por un sistema de plazos hasta la semana 14 de gestación inclusive, y que la ILE corre por un sistema de causales que no tiene -desde lo legal el límite para la edad gestacional.

Para conocer como es la atención en los Centros de Salud a las personas con capacidad biológica de gestar, en **Entrevistas en profundidad** a profesionales se indagó **¿En qué etapa del embarazo llega a los servicios de salud la mujer que busca un aborto?** destacamos las siguientes respuestas:

- “Llegan en la primera etapa del embarazo, no tenemos más avanzados, tenemos mucha detección temprana, y si es un embarazo más avanzado llega acá y se las deriva a la Maternidad.” (Integrante del equipo de salud del CAPS de Villa San Martín).

- “Las pacientes llegan 8/6 semanas cuando se enteran que están embarazadas, se las nota seguras, tranquilas cuando llegan. Por ahí si afecta cuando la mama es grande y eso si afecta, pero hay muchas que vienen seguras y que quieren interrumpir. Edades de las pacientes, son jóvenes en general 16/17 años, a veces falla porque no hay acceso a métodos anticonceptivos, quizás no pueden acceder y no vienen a solicitar.” (Integrante del equipo de salud de Casa de Hospital de Tilcara)

- “A las 6/9 semanas llegan” (Integrante del equipo de salud de CAPS Belgrano).

- “Habíamos notado que ingresan tardíamente, hay algunos casos donde llegan tarde 16/17 semanas y después entran de 24. son pocos los que pasan a la eternidad y a la espera porque están ingresando mucho más de 18 semanas. Hay un orden de prioridad, lo manejamos con una educadora de la salud, acá la idea es resolver todo siempre. Si llega entre 16/17 semanas, si tengo otra de 24 semanas y de 15 años las prioridades se van resolviendo no tan solo por las edades gestacionales si no por el contexto de las IVES. La lista a partir de las 15 semanas se ocupa un drive, para 2T, muchas hasta las 18 semanas se resuelven en Palpalá. Antes teníamos un mes de espera, y ahora estamos a no más de 15 días, por ahí se nos sube mucho y después hay una meseta.” (Referente provincial del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable)

- “Hacemos hasta las 12 semanas. La más chica que tuvimos 14 años y la más grande 45 y el rango etario que más viene es el de 20-25. Y edad gestacional avanzada creo que 20, y derivamos al Materno. Tenemos una TS en el CAPS pero no contamos, pero si con una psicóloga.” (Residente de Medicina, Integrante del CAPS Santa Rita).

A su vez indagamos consultamos sobre **¿Hasta qué edad gestacional se realizan las interrupciones del embarazo?** Les profesionales respondieron:

- “Hasta 32 semanas llegamos a sacar por cesárea, apareció tarde, porque nadie le dio una respuesta” (Integrante del equipo de salud del Materno).

- “Las IVE hasta las 14 semanas y 6 días y los ILE son casos especiales: por violación son muy pocos los que se hicieron, se derivan acá no se hacen. Se hacen hasta las 14 semanas independientemente sean IVE/ILE.” (Integrante del equipo de salud de Tilcara).

• “Yo hago hasta las 12,4 e hice hasta las 14 semanas con un procedimiento combinado, como máximo 12,6. Si llega una paciente con 14 semanas habló con una colega, y si no, bueno en realidad hay una lista ahora, por ejemplo, tiene 15 semanas y hay una lista según la prioridad el tema es que no hay como una buena dinámica porque hay chicas que llegan con 15 semanas y hacen la interrupción con 19 semanas ya, se hace por medio de un drive. Cada efector, me comunico con la secretaria y una obstétrica las pone en la lista. La prioridad se decide por edad gestacional, lo decide el equipo de acá que hace asistolia, ahora estoy derivando a una paciente que tiene 23 semanas. Hace tres o cuatro meses que se hacen estas listas. En el 2T tenemos un problema, debe haber tres médicos que hacen el procedimiento, mi colega hasta la semana 17/18 semanas sin riesgo, y en la maternidad otros colegas. Es el famoso cuello de botella, yo la verdad que tuve pocos casos.” **(Integrante del equipo de salud de Perico).**

• “Yo resuelvo menos de 17/18 semanas segundo trimestre temprano, el avanzado no, y AMEU 15/16 semanas de baja complejidad, si me llega alguien de más de 17 semanas las subimos a un grupo de consejerías que las resuelven en el materno, en San Pedro, por eso también hay una lista re larga, todas esas pacientes se resuelven en lugares de alta complejidad, si pasas eso si hay una paciente que tiene causal todo con informe del Trabajador Social, las subimos a un grupo con sus antecedentes y desde el ministerio se comunican con ella para resolver.” **(Integrante del equipo de salud de Palpalá).**

• “Llegan en 6/9 semanas más o menos, yo veo 13.6, más de 14 no” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de Belgrano)**

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



• “Acá sacan turno a “estadística” piden un turno para la ginecóloga. No averiguan para que vayas solo eso solicitar turno para el servicio de ginecología y después se lo contas a ella. La doctora lo que evalúa primero es un laboratorio que confirma el embarazo que el producto se encuentra en el útero y pide serología hemoglobina y hemograma. acá se hacen ecografías los lunes, miércoles y viernes. Yo creo que es más difícil en otros puestos de salud

conseguir turno para eco, pero acá si hay turnos para todas las ecografías. Recibimos también pacientes de otras localidades de Tilcara, o Maimará, pero si se hacen ecografías.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Tilcara).**

• “En realidad, sacas turno, obvio no es necesario decir el motivo de la consulta y bueno se hace la consejería en opciones y se encarga de hacer todo el trámite que lo firma el médico de acá de capital yo

creo que la mayoría de acá de la provincia son objetores. Mi función es en solicitar la ecografía ginecológica y grupo y factor y yo hago el control post IVE con eco y veo el tema del sangrado.” (Integrante del equipo de salud del CAPS Villa San Martin).

- “Por un lado, hay una información mezclada de las pacientes lo que dice internet y lo que dice en la calle, hay una diferencia que las usuarias piensan que es lo mismo legrado y AMEU. Hay que dar más información sobre el procedimiento. La demanda fue espontánea cuando abrimos el servicio al principio y después en boca en boca se expandió.” (Integrante del equipo de salud del CIC de Perico).

- “Yo sé que acá es muy práctico, acá están las compañeras de ENIA que te dan turno, y le pasan a la Dra. y lo planifican para que vengan acá, se lo hacen para que vengan acá lo más accesible posible.” (Integrante del equipo de salud del CIC Copacabana – Alto Comedero).

- “Los miércoles y jueves sin turno, demanda espontánea sin turno y los demás días con turno. Los administrativos de acá del CIC y del historial son amables le indican a la paciente si no estamos qué día estamos para que nos busquen.” (Integrante del equipo de salud del CIC de Palpalá).

- “Llegan derivadas porque en general se atiende 2T, con las derivaciones tenemos una barrera, no siempre se animan los efectores del primer nivel a hacer las derivaciones al materno por ejemplo por una falta de compromiso será.” (Integrante del equipo de salud del Materno infantil).

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

- “De forma institucional el mal concepto de la consejería de salud sexual con la objeción de conciencia, por que pasa: va la usuaria a la consulta, se encuentra con un objetor, cuando ahí no hacen ni le revisan la ecografía, directamente la mandan a otro lugar” (Referente provincial del programa de salud sexual y procreación responsable de la provincia).

- “Acá personalmente creo que no hay ninguno, pero en otros lugares burocracia para acceder a la medicación, la dra. que está a cargo reniega mucho por eso. Algunas llegan con información a la consulta y otras no, además la gente no sabe sus derechos si la gente no sabe cuáles son cualquiera viene y se los avasalla como nos pasó acá. (Integrante del equipo de salud del CIC Copacabana).

- “No creo que existan, acá no se ve. Acá vienen chicas de otros lugares también” (Directora a cargo del CAPS Villa San Martin).

- “Poca difusión al respecto, lo difícil de ver quien hace la práctica, es decir, efectores, y después esto de que nosotros solo tenemos 10 turnos si bien a veces tenemos mucha gente y atendemos a todas las que podemos, pero son 10 son pocas.” (Residente de Medicina, integrante del equipo de salud del CAPS Santa Rita)

- “El obstáculo es institucional que no nos entrega MAC, la gestión está fallando en comprarlo y en distribuirlo, la usuaria accede. En todos los CAPS hay equipo, en algunos CAPS más y en otros menos, yo acá no tengo tantas embarazadas, acá yo tengo 9 solamente. entonces me puedo dedicar a más tiempo”. (Integrante del equipo de salud del CAPS Villa San Martin)

En comparación con los datos obtenidos del **Monitoreo Social sobre anticoncepción y aborto (2019)** encontramos diferentes tipos de obstáculos que hoy en la provincia no se encuentran vigentes: los obstaculizadores bajo la figura de **“objetores de conciencia”**. Asimismo, no es que los objetores de conciencia desaparecieron si no que indican, dan información y acompañan a la paciente en el recorrido para que pueda abortar, sobre ello nos expandiremos más adelante.

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

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

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

- *“Hubo un único caso bien conocido acá, una chiquita de 12 años vino el Ministro, Comité de bioética y después quedo en la nada. Hasta un famoso quería adoptar a ese feto”.* **(Integrante del equipo de salud de San Pedro)**

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

- *“No sé si pueden elegir porque se evalúa en cada caso si es que se hace AMEU o no.”* **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Tilcara).**

- *“Nosotros no los disponemos, cuando la obstétrica necesita la medicación tiene que pedirle a una médica que ella conoce para que le brinde las pastillas ya sea misoprostol, mifepristona o Combipack, para darles a las pacientes, pero ella tiene esa facilidad, nunca se les negó, ni le fue un contratiempo e igual la atención médica sabe a dónde derivar.”* **(Integrante del equipo de salud del CAPS Villa San Martín)**

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

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

Ante la sorpresa, indagamos a las usuarias jujeñas sobre cuanto saben sobre los derechos que tienen para poder reclamarlos, es así que indagamos si conocían o tenían información sobre estándares normativos o leyes que les aseguren la calidad de atención en el caso de solicitar en los Centros de Salud pública un aborto.

5 de cada 10 usuarias encuestadas contestó que no conoce que tiene derechos a la hora de abortar. Si bien, quienes indicaron que conocen que tienen derecho a recibir una atención de calidad es el **46%** de las usuarias encuestadas, el **22%** indicó que no conoce que existe una ley con la cual puede abortar con derechos, pero el **31,5%** indicó “NS/NC”, es por ello por lo que podemos concluir que **5 de cada 10** usuarias encuestadas no conoce estándares de calidad sobre la ley 27.610 que tiene 2 años de vigencia.



Este dato evidencia la falta de difusión de la Ley N° 26.710 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en concordancia con la Ley N° 26.529 de los “Derechos del Paciente” que garantiza a todas las personas con capacidad biológica de gestar: **asistencia sanitaria, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía e información sanitaria**. Si bien el conocimiento de las usuarias que pueden abortar se conoce, lo que desconocen las usuarias es los derechos sobre las que están amparadas. En Argentina abortar no solo es un derecho, si no que nuestra normativa nos asegura estándares de calidad de atención a todo el que se presente ante el sector público, privado o de obra social.

Ante el miedo, la falta de conocimiento de conocimiento sobre estándares de calidad y la falta de información. Consultamos a las usuarias sobre si recurrirían al Hospital para abortar. **6 de cada 10** usuarias encuestadas recurrirían al Hospital para abortar. A continuación, analicemos el siguiente gráfico:



Si bien el 61% de las usuarias reconoce que iría al hospital para solicitar una IVE/ILE. Tenemos a **3 de cada 10** usuarias que lo harían por su cuenta, se destacan los **siguientes comentarios** de las mujeres jujeñas encuestadas: *“Lo haría por mi cuenta, no son profesionales, no están preparados” (usuaria de 21 años); “Por mi parte porque no sabía que se podía abortar en un hospital” (usuaria de 33 años); “Lo haría por mi cuenta por vergüenza” (usuaria de 16 años); “Lo haría por mi cuenta, pienso que en los Hospitales te dan muchas vueltas no hay intenciones de ayudar” (usuaria de 23 años); “Lo haría por mi cuenta porque me daría vergüenza ir al hospital” (usuaria de 22 años).*

Notamos la falta de conocimiento de las usuarias sobre que las personas con capacidad biológica de gestar tenemos derechos a la hora de abortar. Es por ello que preguntamos: **“Si una mujer decide abortar porque quedó embarazada a causa de una violación o el embarazo pone en riesgo su vida y su salud: a) ¿Qué servicios consideras que debe ofrecer el Hospital? ¿Cómo la deberían atender?”**

La mayoría de las usuarias señala que es necesario contar con una respuesta integral por parte del sistema público de salud Jujéño, entre ellos, se destacan los **siguientes comentarios**:

“Una atención completa” (usuaria de 32 años); “Atención completa del hospital, con médico y psicóloga” (usuaria de 21 años); “Psicológica, una buena psicóloga. porque las psicólogas de acá (Tilcara) no son muy buenas. Así que esa atención psicológica y contención (usuaria de 45 años); “Tratarla bien” (usuaria de 28 años); “Tenerle paciencia, es una situación difícil. Las enfermeras te tratan mal porque te ven pequeña, deberían tratar a todos por igual. Termine mi embarazo en un hospital privado porque me maltrataron en el público” (usuaria de 36 años).

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

Ese mismo fallo indica que los abortos permitidos por la ley deben estar disponibles en todo momento en los Servicios de Salud, ante ello nos llama la atención que surgió de forma reiterada entre los diferentes profesionales de la salud entrevistados la sobrecarga que ello les conlleva, ya que los mismos efectores son quienes ocupan sus días y horarios en diferentes servicios, algunos días asisten a CIC o CAPS de la zona, y los demás días libres cumplen días y horarios en los Hospitales, de la misma localidad o de localidades aledañas.

Se destacan en **entrevistas en profundidad** los siguientes comentarios:

- *“Solo debemos tener el 0,7% de efectores más o menos, entonces a partir de ahí nos costó un montón. Se paga la buena calidad de atención con la atención, los médicos se convirtieron en quioscos de miso y Combipack porque no pueden hacer más.”* (Referente provincial de Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable).

- *“Se garantiza el acceso a la IVE, más se garantiza en capital y se podría tomar medidas para que haya efectores en todos los puntos estratégicos de la provincia a nivel ministerial.”* (Integrante del equipo de salud sexual de Casa de Piedra).

- *“Los efectores estamos sobre cargados, es necesario que haya más efectores y bien pagos”* (Integrante del equipo de salud del CAPS Santa Rita).

- *“La falta de efectores es lo que últimamente más se ve, en las consultas hay bastantes”.* (Integrante de dos equipos de salud de localidades fuera de la Capital de Jujuy).

- *“Si está garantizado, pero falta recurso humano, no dábamos abasto, comencé hace 7 años con esto y todos los sábados hace 15 años que veo pacientes y ahora acá en la maternidad porque tengo la posibilidad que me da la jefa del servicio de traer pacientes para hacer interrupciones. Creo que dos sábados no fui a San Pedro. Yo en casa de piedra veía 60 pacientes por semana, ahora se descentralizo mucho porque pusieron consejerías en los puestos de salud entonces desde la Dirección de Maternidad dispusieron que cada paciente vaya a su puesto de salud, por ahí hay pacientes que no quieren ir por el estigma y las recibimos en casa de piedra, pero ahora vemos entre 10/15 pacientes.”* (Integrante del equipo de salud de San Pedro)

Recordemos que negar atención médica es violencia institucional, obstétrica y contra la libertad reproductivo en los términos de la Ley 26.485 art. 6 inc. d), e) y b), sobre lo cual nos explayaremos en los siguientes puntos.

Frente a la pregunta **¿Qué métodos conoce para provocarse un aborto?** las usuarias manifestaron conocer: Yuyos, Perejil, apio, ruda, pastillas y algunas indicaron no conocer ningún método para abortar.

Afortunadamente las Leyes 27.610 y 26.529 establecen criterios de calidad, derechos y garantías para aquellos que desean acceder a una IVE o a una ILE. La Ley 27.610, en su art. 5 indica que el personal de salud debe garantizar condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y postaborto.

○ **Trato digno:** respetar las condiciones personales y morales de la paciente, erradicando prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con capacidad biológica de gestar.

○ **Privacidad:** todo lo que ocurre en la consulta con el profesional de la salud es privado. Ningún integrante del equipo de salud puede brindar datos, ni mucho menos la Historia Clínica de le paciente. Al asegurar la privacidad respeta la intimidad, dignidad humana, autonomía de la voluntad, y, sobre todo la confidencialidad.

○ **Confidencialidad:** el personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto medico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Además, debe informar en la consulta que la confidencialidad está garantizada y esta alcanzada por el secreto médico. Todo el equipo de profesionales que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o tenga acceso a ella, debe respetar la confidencialidad.

○ **Autonomía de la voluntad:** deben respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus Derechos Reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de le paciente no deben ser sometidas a juicios de valor concernientes a consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud.

○ **Acceso a la información:** deben mantener escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. Le paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud, este derecho incluye el de NO recibir información inadecuada en relación con la que solicita le paciente. Además, se debe informar sobre los distintos métodos para interrumpir el embarazo, sus alcances y sus consecuencias. Esta información debe ser **actualizada, comprensible, veraz, brindada en lenguaje y con formatos accesibles**. Tanto el personal de la salud como las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre todo los derechos comprendidos en la Ley de IVE.

○ **Calidad:** el personal de la salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición establecida por la OMS. La atención de IVE debe ser brindada siguiendo estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.



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

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

Se indagó con efectores del sistema público de salud su conocimiento en su etapa de formación sobre la atención de aborto y post aborto, frente a la pregunta: **“En su opinión ¿la Universidad aborda correctamente estos temas en su currícula de grado a la hora de la formación de grado? ¿En qué materias?”** quienes manifestaron:

- *“No, en realidad es una educación básica la que te dan en el transcurso de la experiencia vas aprendiendo.” (Licenciado en Obstetricia).*

- *“El tema de MAC, lo aprendí acá porque generalmente en farmacia no se maneja lo que antes se conocía como planificación familiar, hoy es anticonceptivo, pero con la marcha y el estar acá fui aprendiendo y conociendo sacarme todas las dudas y el desconocimiento si hice talleres y hoy me siento contenta con las chicas que vengan solitas que acepten ya como algo natural de la anticoncepción, y acá tratamos darles las charlas acá. Yo antes hacía promoción para la salud con anticoncepción, se les explica cómo son los días, porque acá creían que el periodo venía de 30 al 30 y no sabían que existía un ciclo menstrual, a veces coincide, pero no siempre.” (Farmacéutica)*

- *“Siempre la teoría esta, pero también depende de cómo se maneje el hospital. Hay hospitales donde farmacia recibe todo los MAC. En cuanto a normativa sobre aborto, violencias de género, MAC si me dieron igual acá en la práctica aprendes. Posteriormente que te recibiste, y de la ley de aborto capacitaron a las ginecólogas desde el ministerio y a nosotras también vinieron desde el programa de salud sexual, yo entre este año y ya habían venido anteriormente.” (Licenciada en Obstetricia).*

- *“Estudí en la universidad pública de acá, y si lo vimos, no tan profundamente como lo vimos en las capacitaciones del ministerio, pero obviamente se ve la Ley. Se ve una información dentro de la Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva.” (Educatora para la salud)*

- *“Desde mi formación de grado no me formaron, yo fui a una privada y no hablaron de estos temas y de MAC tampoco, mi compañera me incentivó mucho y después cuando tengo alguna duda consulto con mis colegas, pero desde el ministerio de salud nada, y desde la provincia menos. No me forme en AMEU, desde la Resi vi muy poco, si me capacitan en un futuro quizás sí.” (Medica)*

La falta de conocimiento de los profesionales en cuenta a su paso por la Universidad pública o privada demuestra por un lado que nuestras universidades no ponen el foco en los Derechos Sexuales, Reproductivos y No Reproductivos.

Ante ello preguntamos: **¿Recibió capacitación como agente de salud en lo que respecta a la normativa vigente tanto para ILE como para IVE?**

- *“Si, suficientes.” (Integrante del equipo de salud de CAPS Villa San Martin).*

- *“Capacitaciones del ministerio de salud recibimos hace bastante tiempo y luego de la implementación de la ley también, las capacitaciones nos convocan la mayoría son obligatorias, convocan a los efectores en general se da no solo a las consejerías que habitualmente brindar respuesta si no que se brinda en general.” (Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra).*

- *“Faltan un montón, a partir de la ley nunca se hizo, nosotras la sabíamos, pero después de eso nada. Después de la sanción de la ley faltó un montón, me pasa en perico, puede haber información pero en perico las chicas todavía me dicen que tenían miedo de preguntar en el hospital, para mí eso está mal, que tengan miedo que la juzguen y que no pueda ir al consultorio a preguntar, hay ginecólogos que parece que nunca se actualizaron, ayer recibí una receta de un ginecólogo que para expulsar un huevo anembrionario le receto 3 miso, es un ginecólogo, me dijo que iba a matar a mi hijo, la acompañó hasta la farmacia y al final no le dio porque le dijo que la medicación estaba vencida.” (Integrante del equipo de salud de Palpalá y Perico).*

- *“Las que dieron son las chicas del plan ENIA, tuvimos varias reuniones acá. Articulan con los colegios secundarios, de Barrio Belgrano a las 11 por ejemplo están haciendo una capacitación eso informó la Trabajadora Social que viene los lunes, y también articulamos con el CDI de al lado también.” (Integrante del equipo de salud del CAPS Villa San Martin).*

- *“Fui a la primera capacitación con IPAS en México acá cuando llegue en 2016, ahora así específicamente capacitación de aborto no, creo que hubo algo para las obstétricas como de salud reproductiva y se dio interrupción del embarazo.” (Integrante del equipo de salud de Palpalá).*

Ante ello la respuesta de la Referente del Ministerio de salud en **entrevistas en profundidad** fue: *“Todo el tiempo, este año hicimos diez capacitaciones para concientización de la ley 27.610 “derribando barreras”, modalidad taller en todos los hospitales, para el servicio penitenciario, y en otros lugares hicimos un montón. La convocatoria se hace cada vez más abierta para que se puedan ir sumando más personas, aumentamos así 12 consejerías en un año, un montón, consejerías completas. Hicimos muchas capacitaciones sobre registraciones también.”*

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

- *“En la facultad no conocí la normativa de aborto no punible.” (Integrante del equipo de salud del CAPS Santa Rita).*

- *“Si conozco la normativa y si la aplicamos sobre todo en Casa de Piedra.” (Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra)*

Frente a la pregunta **¿Qué tipo de acciones deberían llevarse a cabo para garantizar los abortos permitidos por la ley en la provincia?:**

- *“Creo que habría que pensar que médicos son realmente objetores, porque muchas veces no hacen abortos en el público y en el privado si y que haya más efectores. Más insumos, ahora no hay combi pack, los efectores estamos sobre cargados abrir más efectores y bien pagos.”* **(Integrante del equipo de salud del CAPS Santa Rita)**

- *“Que se siga sociabilizando el tema de la IVE para que la gente lo vea como una opción segura porque lo es, para que deje de ser un tabú, no es engorroso abortar, que visibilicemos mejor estas cuestiones. Es necesario contar con más espacios para que la gente pueda ir. Informar a la gente, porque tienen mucho desconocimiento y si la gente no sabe sus derechos cualquiera viene y se los avasalla, como nos pasó acá.”* **(Integrante del equipo de salud del CIC Copacabana).**

- *“En el CAPS con otros profesionales me relaciono todo el tiempo, el Dr. por ahí tenemos una duda y nos comunicamos con el mucho por si temeos algunas dudas lo resolvemos en el momento en el día si tiene alguna patología, se resuelve mucho, con Casa de Piedra también nos comunicamos mucho. Y en el Belgrano esta también una TS que también nos comunicamos mucho.”* **(Integrante del equipo de salud de CAPS Villa San Martín).**

- *“La lista del drive para el 2T para mí fue como un ordenarme y otra dra. organizaba los drives y antes nos peleábamos con ella porque los movía a su disposición, en cambio ahora nos organizamos con la educadora. Hay que tener mucha paciencia. Va fluyendo mucho mejor. El seguimiento a las usuarias es una buena práctica, que se debería implementar mejor para que no haya tantas repitencias. La medida de calidad de atención de la práctica no es otra cosa que el AIPEO y el seguimiento post IVE.”* **(Integrante del equipo de salud del Materno).**



- *“Yo creo que el punto a tener en cuenta que los que hacemos MAC e interrupción teniendo que trabajar en equipo, acá el agente sanitario es muy esencial, hay que trabajar con el que está atrás del escritorio y con el que va al territorio. Trabajamos con TS y educadoras. Con la otra Dra. del servicio, tenemos la idea de trabajar en red, acá cerca en la localidad del Carmen no hay nadie que haga IVE, pero tenemos una enfermera por ejemplo entonces nos contactamos con ella y nos manda a las pacientes. La idea fue empezar ayudar.”* **(Integrante del equipo de salud de Perico).**

- *“Lo hacemos siempre, trabajamos en equipo se llega a que las chicas se vayan conforme y con información.”* **(Integrante del equipo de CIC de Copacabana).**

g. Objetores de conciencia y aborto

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



Se destacan los siguientes comentarios: “Ellos están para atender más si es un caso de violación” (usuaria de 26 años); “Si hay muchos que se niegan” (usuaria de 21 años); “Si conozco casos” (usuaria de 36 años); “Si puede y está bien” (usuaria de 39 años); “Si, porque los médicos pueden tener cargo de conciencia” (usuaria de 45 años); “Si, pero de todas formas tiene que brindar ayuda y mandarte a otro médico” (usuaria de 22 años).

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

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

La objeción de conciencia institucional está descartada por ley. El art. 11 de la Ley de IVE, prevé que en el caso de que a nivel institucional no cuenten con un profesional que asegure la práctica debe derivar de manera temporánea, oportuna y sin dilaciones a otra institución que cuente con personal para interrumpir un embarazo. Y si existieran costos para realizar la derivación, serán a cargo del efector que deriva y jamás del paciente.

Hablamos con los equipos de salud sobre los objetores de conciencia en Jujuy, ante ello se destacan los siguientes comentarios en **entrevistas en profundidad**:

• “Yo asisto a realizar asistencias acá en la provincia, porque no hay nadie más que quiera hacerlo, ni las enfermeras quieren ayudar, me encargo de todo el trámite y asisto al Dr. en la asistencia, no podemos establecer el tema de la objeción de conciencia sigue siendo muy light acá, yo soy muy dura y combativa. cuando pasa las 23 semanas tenemos que estar” **(Integrante del equipo de salud del Materno)**

• “En todos lados hay objetores, cuando salió la ley salió la objeción de conciencia y que firmen el papel de objeción de conciencia, el ministerio nos mandó a todos un formulario donde especificaba las cláusulas de la ley y que tanto en el ámbito público y privado es objetor.” **(Integrante del equipo de salud de Perico).**

Las imágenes religiosas y cristianas siguen presentes en los sistemas públicos de salud de Jujuy. Casi todos los Centros de Atención de 1°, 2° y 3° niveles cuentan con alguna imagen religiosa. En **observación no participante** observamos fuera del **Hospital de Perico** una pequeña capilla donde se encuentran imágenes religiosas, a su vez, en el **Centro de Especialidades Norte** encontramos dentro del nosocomio una imagen religiosa con un banco dispuesto para que las personas se acerquen a rezar.



Es importante destacar que tanto en el 2019 como en el 2023 se observaron imágenes religiosas en los Centros de Atención monitoreados.

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

• “Mirá, en realidad con el tema de la objeción se evita esa parte, nunca escuche. En caso de **Violencia obstétrica** es más particular se hace por 0800 y cuadernos del hospital.” **(Integrante del equipo de salud de Perico)**

• “Yo creo que no, las parteras de Maimará son muy grandes acá son jovencitas y siempre tratan muy bien a las pacientes, yo creo que es una cuestión generacional porque hubo casos que era de gente grande, ahora ya está muy cambiado. Capaz que allá no tienen tanta empatía con la paciente. Acá nunca hubo una denuncia.” **(Integrante del equipo de salud de Tilcara).**

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

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

- *“Hay mucho estigma sobre todo nosotros que somos de Casa de Piedra se sigue sosteniendo y apuntando sobre acá que es el lugar donde se hacen abortos sobre todo comentarios como que los debemos cobrar, siempre fueron y se mantuvieron con la sanción de la ley. De colegas recibí también muchos comentarios.”* (Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra).

- *“No sufrí estigma”* (Integrante del equipo de salud de CIC Santa Rita).

- *“Eso desde el principio, el hecho de decir que los que hacemos cumplimos por una cuestión más objetiva”.* (Integrante del equipo de salud de Perico).

- *“No sé, no los tengo en cuenta, si a mí el sistema me pide que haga esto yo lo voy a hacer. Mi opinión va a quedar afuera de la institución.”* (Integrante del equipo de salud del CIC Copacabana – Alto Comedero)

- *“Nunca sentí estigma, nos juntamos mucho hay un equipo grande compartimos nuestras experiencias entre colegas. Acá dentro de todo muy organizado.”* (Integrante del equipo de salud del Hospital de Tilcara).

- *“A mí me re costó acá, era la única del servicio, estamos todos solos, yo comparto por ahí con ellos, y ahora quedamos bien ahora ya dentro de todo ya está más tranquilo, en otros ámbitos, cuando fuimos al materno infantil por poco éramos los asesinos, y muchos colegas y gente que yo ya no me relaciono.”* (Integrante del equipo de salud de CIC de Palpalá).

- *“Estoy cansada a veces, porque tengo que ir al materno infantil y ver la cara de todos los médicos negadores. Todos son objetores hasta que se van hasta su consultorio privado.”* (Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).



Una de las integrantes del sistema público de salud indicó que no solo sufre el estigma por practicar abortos, sino que además el estigma lo sufre por ser mujer, joven y no ser oriunda de la provincia de Jujuy.

h. Violencia institucional en la atención de abortos

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

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

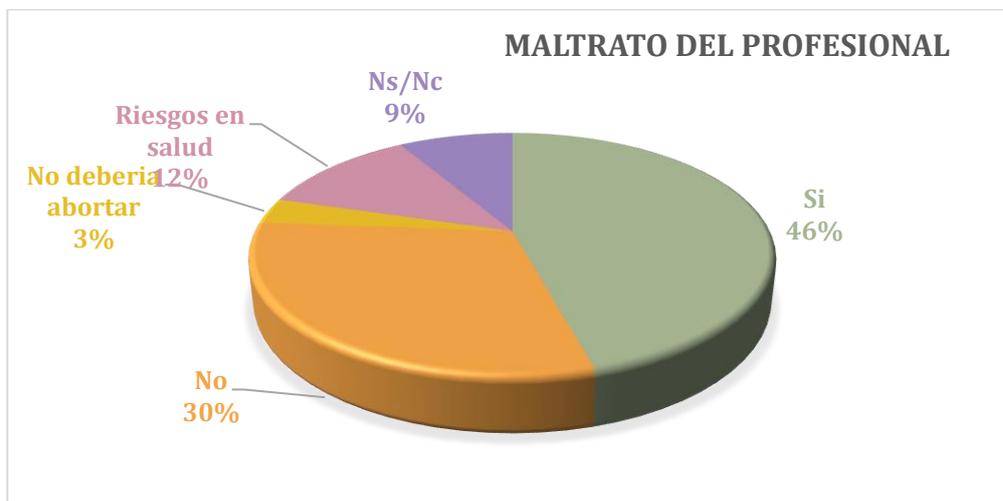
La Ley 26485. art. 6 inc. e) “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales de conformidad con la Ley 25.929”. Según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

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

5 de cada 10 usuarias encuestadas reconoce que cuando una mujer asiste al sistema público de salud solicitando una IVE puede sufrir maltrato por parte del personal del mismo.

Asimismo, hay quienes continúan afirmando en un **12%** que podrían sufrir algún tipo de afectación a su integridad física cuando se realizan un aborto. La OMS (2022) en “Directrices sobre la atención para el aborto Resumen ejecutivo” establece que *“La condición jurídica del aborto no afecta a la necesidad de una mujer de abortar, pero sí a su acceso a un aborto seguro. Entre el 4,7% y el 13,2%*

de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos, lo que equivale a entre 13.865 y 38.940 muertes causadas anualmente por la imposibilidad de practicar un aborto seguro.”



Si bien **5 de cada 10** de las usuarias encuestadas considera que pueden ser maltratadas cuando asisten a los Centros de Salud para solicitar un aborto, solo **2 de cada 10** conoce que existen sanciones para el personal que se niegue a realizar un aborto permitido por la ley.



4 de cada 10 de las usuarias encuestadas conoce a alguna persona con capacidad biológica de gestar que aborto y **1 de cada 10** piensa que debería estar presa quien aborto, como consecuencia del aborto practicado.

Ante la pregunta: “¿Si estas teniendo un aborto que te practicaste vos o en el que te ayudó alguien que no pertenece al sistema de salud y no te sentís bien, irías al hospital?” **3 de cada 10** encuestadas respondieron que no acudirían al Hospital.

Se destacan los **siguientes comentarios** que dan respuesta a la pregunta sobre “¿Por qué?” no **buscarían ayuda institucional**: “Porque uno nunca sabe que puede pasar” (usuaria de 31 años); “No sé qué haría en esa situación” (usuaria de 18 años); “En el Pablo Soria, pese a mi mala experiencia, pensaban que yo había abortado y me apuntaban y gritaban, jamás me había informado.” (usuaria de 29 años).

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

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

En este sentido, consultamos a los profesionales del sistema de salud en **entrevistas en profundidad**, sobre las consultas postaborto se expresaron de la siguiente manera:

- “En general, se prefiere internar a la paciente para la eliminación total del producto, ingresan temprano y después de merendar se les da el alta. porque acá una vez que ingresan se les da la comida, se las asiste. Y cuando no se hacen consultas postabortos que se les hace ecografías, se les revisa y se les da un MAC.” (Integrante del equipo de salud del Hospital de Tilcara).

- “Fíjate que llegan pocas a la consulta postaborto, porque generalmente cuando salen la dra. ya les da el MAC, ahí en el momento cosa que ellos ya sepan cómo cuidarse.” (Integrante del equipo de salud del CIC Copacabana – Alto Comedero).

- “Las hacemos acá, en el mismo momento de la consejería, porque si no, no vuelven es difícil, es un problema, si podemos entregarle en el mismo momento un ACO21 les entregamos, hay pocos insumos de implantes y ahora no tenemos inyectables mensuales, hace un mes que no tenemos nunca había pasado, las adolescentes en general piden la colocación del implante, y ahora que no hay reemplazamos por inyecciones trimestrales.” (Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra)

- “Si vuelven las usuarias” (Integrante del equipo de salud del CAPS Villa San Martin).

- “El problema que tenemos con los ambulatorios es el control post, si vuelven le hacemos la eco y tratamos que se vayan con DIU y las que se van con pastillas o inyectable vuelven el otro año con otra IVE.” (Integrante del equipo de salud de Palpalá).”

- “70% vienen a la consulta.” (Integrante del equipo de salud de CAPS Villa San Martin).

- *“Tenemos el 90% de concurrencia, pero fue buscar estrategias primero informales que es un procedimiento que necesita de la atención de cada paciente, diciéndoles la verdad, que el dolor es real y el sangrado también, volvemos a pedir la ecografía, y lo que hacemos es que vengan de sábado a sábado en el caso de 2T en san pedro, en el caso de perico estamos haciendo el tema de los AMEU y un consultorio específico para IVE/ILE, y controles estrictos dentro de los 7 días. Yo hago mucho hincapié en el post aborto.”* **(Integrante del equipo de salud de localidades de Jujefñas).**

Además, consultamos si la falta de asistencia a las consultas postaborto se relacionaba con las repitencias de las usuarias para abortar, ante ello les profesionales manifestaron:

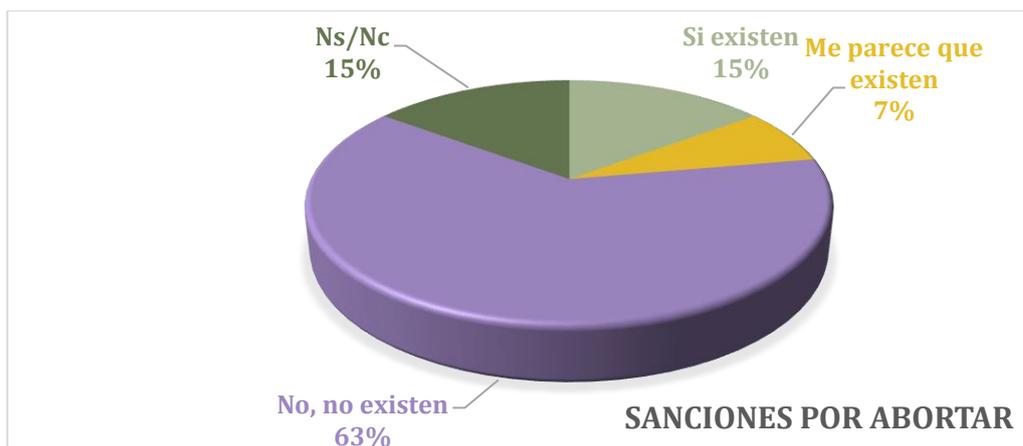
- *“Hay repitencias, no muchísimas, es para alarma, pero esto va a pasar mientras no haya seguimiento en las usuarias, se van sin AMC y que pretendes que no vulva con un embarazo y es obvio que va a volver con un embarazo, la verdad es que hay que hacer un mea culpa, yo soy autocrítica en ese sentido y lo que más falla es el seguimiento post aborto”* **(Integrante del equipo de salud del Materno).**

- *“Cuando iniciamos veíamos las repitencias, así que tuvimos pacientes que tuvimos que pelearla un poco más, ya a la tercera interrupción les dijimos que, si no querían maternal que veamos la posibilidad de un MAC, estamos bajando la repitencia pero tenemos todavía un bajo índice pero hay.”* **(Integrante del equipo de salud de Perico).**

- *“Si muchas, tengo una que este año ya va realizándose dos abortos, yo creo que el problema es que no vuelven al control y al no volver no tiene método anticonceptivo, otra que los métodos anticonceptivos fallan se les terminan las pastillas, unas no se cuidan, y así”.* **(Integrante del equipo de salud del CAPS Santa Rita).**

- *“Si me paso, nosotros en casa de piedra cuando falla programamos para san pedro para una aspiración. Vemos paciente de dos o tres veces, tenemos una chica que estaba en Tucumán que se vino y yo le pregunte si se estaba cuidando y me dijo que, si pero que se olvidaba, tratamos de buscar un DIU.”* **(Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra).**

El **46%** de las usuarias encuestadas conoce a alguien, ya sea su amiga, prima, hermana, tía, sobrina o simplemente conocida, que se haya practicado un aborto, y el **11%** entiende que esa persona debería estar presa. El **37%** respondió de diferentes maneras no está segura si existen o no sanciones para quien aborta, con lo cual la difusión de la Ley 27.610 tampoco puede considerarse adecuada entre la población en edad reproductiva, y en especial, entre quienes pueden resultar perseguidas penalmente.



No solo las monitoreantes notaron cambios en las usuarias con la sanción de la Ley 27.610, los efectores del sistema de salud en **entrevistas en profundidad** frente a la pregunta “¿Cambió algo con la sanción de la Ley 27.610 que autoriza la interrupción voluntaria del embarazo?” nos contaron:

- “Hasta incluso en la gente como que está más aceptado, no sé si moralmente sería la palabra, las pibas vienen ya vengo para una interrupción por ahí antes no pasaba, y también creo que por ahí hubo un evento en marzo/abril que fue una reunión de los ginecólogos de toda la provincia hicieron una charla de distintos temas y como ponía plata el laboratorio Domínguez se habló de miso y uno de los médicos que está en la asociaciones de ginecológicos que está en contra del aborto que organiza todo, él tuvo que hablar de misoprostol, lo tomaron como que “es una medicación que tenemos que saber para que se usa” porque por ahí lo usan mal, ya lo aprendimos del oxa y hay muchos médicos que lo usan mal al miso.” (Integrante del equipo de salud de Palpalá).

- “El tema de las patillas, antes era más difícil todavía, antes tenía una médica amiga que me conseguía las patillas y ella me hacía la solicitud de los miso.” (Integrante del equipo de salud del Materno).

- “Si, se vio mucho cambio, las personas se empezaron a acercar, ahora hay más demanda de toda la medicación a veces no damos abasto.” (Integrante del equipo de salud de CIC Copacabana).

- “Ahora hay mayor accesibilidad, más llegada de las mujeres.” (Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra).

- “Hay un aumento de la medicación, hubo un bache de un tiempo que no hubo, que haya Combipack es un lujo, tenemos desde el año pasado. Yo doy mi número personal para el seguimiento y para los turnos, tienen un buen seguimiento y me mandan que salió todo bien. Y además me dicen por ahí que se quieren cuidar entonces les digo que se vengán, antes se negaban métodos, y consultas post aborto.” (Integrante del equipo de salud de Hospital de Perico).

- “Acá en Jujuy antes de la sanción ya se trabajaba no de esta manera, se facilita un montón a la paciente había un decreto o algo ministerial y se venía trabajando antes de la sanción. Ahora si las consultas en cada día de mi trabajo siempre recibo a una paciente IVE/ILE.” (Integrante del equipo de salud de CIC Villa San Martín).

8. ¿QUÉ PASÓ EN EL SECTOR PRIVADO DESPUÉS DE LA SANCIÓN DE LEY 27.610?

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

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

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

La Superintendencia indicó que todas las otras sociales garantizan una completa cobertura de IVE e ILE, y que los medicamentos tienen cobertura total en las O.S. sin embargo, en la misma respuesta la SSS nos informa que existe en su página un *“link de acceso inmediato para solicitar la cobertura de IVE ante las demoras, o negativas de cobertura, reclamos sobre porcentaje de cobertura de medicación o solicitud de reintegro de gastos o medicamentos por las usuarias del Sistema Nacional de Salud.”* y que además *“Se llevaron a cabo jornadas on line con entidades de medicina prepaga y obras sociales para intercambiar experiencias y problemáticas que se planteaban tras la sanción de la ley, a fin de definir criterios únicos y compartir las experiencias en las distintas obras sociales y prepagas, así como también, desde la Superintendencia informar sobre las problemáticas planteadas por las usuarias y las recomendaciones para garantizar el cumplimiento de la norma”.*

Esta última información nos lleva a dudar de que efectivamente todas las O.S. Garanticen IVE e ILE, puesto que si las O.S. no presentasen obstáculos para garantizar abortos, la SSS no se molestaría en crear canales de reclamo ni debiera tener la necesidad de llevar a cabo "jornadas online con entidades de medicina prepaga y obras sociales para intercambiar experiencias y problemáticas que se planteaban tras la sanción de la ley, a fin de definir criterios únicos y compartir las experiencias en las distintas obras sociales y prepagas, así como también, desde la Superintendencia informar sobre las problemáticas planteadas por las usuarias y las recomendaciones para garantizar el cumplimiento de la norma".

Es importante que las Obras Sociales garanticen IVE e ILE cumpliendo con los estándares de buenas prácticas para la atención, no solo porque así lo establece el art. 12 de la mencionada Ley, sino

porque así se evitará que aquellas usuarias que posean cobertura no se vean obligadas a recurrir al sistema de salud pública, lo que provoca una sobrecarga innecesaria de los servicios públicos, traducido en el desgaste del poco personal de salud que garantiza.

De una **entrevista en profundidad** podemos destacar el siguiente comentario:

- "Se atiende igual por salud pública, no hacemos distinciones ni preguntamos." (**Integrante del equipo de salud de Casa de Piedra**)

- *"Me hablaron de OSDE y boreal, me hablaron y me dijeron que me llamaban porque les consultaban. El dueño del sanatorio que trabajo no quiere que se garanticen interrupciones y las Obras Sociales las cubren, pero registro otra cosa por ese tema. Lo que pasa es que directamente no lo facturamos así, si me llamaron de las OS pero nunca hablamos de que va a estar bajo tal nomenclatura o cuanto iban a ser los honorarios."* (**Integrante del equipo de salud de San Pedro**)

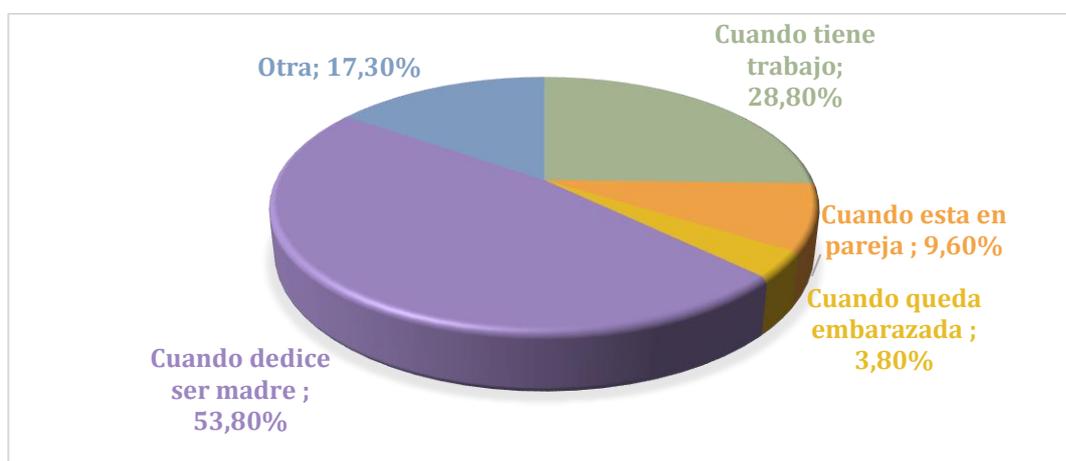
La consulta en instituciones públicas de pacientes con obra social nos devela los obstáculos para la cobertura privada, que son finalmente afrontados por el sector público o registrados en el sector privado bajo otra nomenclatura, porque lo que no se nombra no existe.

9. CONCLUSIONES FEMINISTAS SOBRE CIUDADANÍA SEXUAL

4 de cada 10 jujeñas encuestadas reconoció haber cursado algún embarazo no planificado y el 82% aseguró haberlo llevado a término. En esta línea, resulta necesario recordar que 8 de cada 10 de esas mujeres nos contó que usó alguna vez un MAC, pero sólo el 40% lo hizo antes del primer embarazo.

También 6 de cada 10 señalaron no conocer la IVE.

Por ello que nos pareció importante profundizar sobre ¿Cuándo una mujer está en condiciones de ser madre?



Los números nos muestran que 5 de cada 10 de las usuarias respondieron “Cuando decide ser madre”.

La autonomía -entendida como la posibilidad cierta que tiene cada persona de tomar decisiones libres y autogobernadas sobre la propia vida- no es del todo practicable sin contar con educación, información y atención sanitaria basada en el respeto de los derechos.

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

¿Cómo una usuaria de cualquier edad que acude a un Servicio de Salud conocerá cuáles son sus derechos si el personal de salud le retacea información sanitaria? Allí la importancia de la adecuada capacitación y evaluación del personal de salud en un enfoque basado en derechos y respetuoso de las obligaciones que rigen para el ejercicio de las profesiones de la salud. ¿Cómo implementa el Estado la política pública del derecho a decidir si no tiene la cantidad de efectores necesarios para satisfacer las necesidades de todas las usuarias jujeñas? Es imperioso descargar las

espaldas de quienes sostienen de manera desproporcionada el acceso a la ILE y a la IVE, sin ningún tipo de reconocimiento y afrontando el estigma social.

¿Cómo se supera el desabastecimiento de insumos en momentos donde los recortes sociales forman parte del guión político cotidiano? Una usuaria sin información y sin MACs no es libre y es responsabilidad del Estado la restricción de su soberanía sexual.

¿Con qué herramientas podrá superar una mujer el déficit en su educación sexual si no hay insumos en los centros asistenciales y les profesionales que la atienden no le brindan información sanitaria clara, veraz, completa, basada en la evidencia científica y acorde a sus competencias? Allí la importancia de la información sanitaria basada en la evidencia científica y la centralidad de la ESI como vectores de una vida libre de violencias.

¿Cómo podrán las jujeñas decidir ser madres sin información y sin anticoncepción? Si el Estado no difunde la Ley 27.610, y con ello, la legalidad del aborto ¿Cómo sabrá una mujer que es una opción terapéutica válida? ¿Cómo podrá ejercitarse el derecho a tener una vida sexual placentera, libre de discriminación y violencia si la población es incapaz de dissociar sexualidad de reproducción? ¿Cuán ciudadana es una niña, adolescente, mujer o persona con capacidad biológica de gestar que desconoce qué derechos tiene? ¿De qué vale conocer los derechos, si el Estado restringe su ejercicio?



Dejamos abiertas estas preguntas que reafirman la necesidad de incorporar un enfoque de género e interseccionalidad en la atención sanitaria. Y con ello, la obligación estatal de erradicar todo tipo de prácticas y toda clase de discursos que desconozcan, más o menos veladamente, el derecho a decidir.

10. RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



MxM
fundación


caleisdocópica
editorial feminista y diversa


FOS
FEMINISTA

ISBN 978-631-90037-5-8



9 786319 003758