

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
ESCUELA DE ALTOS ESTUDIOS SOCIALES-IDAES
CARRERA DE SOCIOLOGÍA**

**TESINA PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA**

**“Interrupciones Legales del Embarazo en el Municipio de Morón:
redefiniendo las prácticas médicas.”**

**Tesista: Mailén Pérez Tort
Directora: Dra. Marcela Cerrutti**

General San Martín

Junio 2021

**“Interrupciones Legales del Embarazo en el Municipio de Morón:
redefiniendo las prácticas médicas.”**

Nombre y apellido autora: Mailén Pérez Tort

Firma: _____

Nombre y apellido evaluador/a: _____

Firma: _____

Nombre y apellido directora: Dra. Marcela Cerrutti

Firma: _____

Lugar y fecha de Defensa:

Nota: _____

*A mis compañeras de la Campaña Nacional Por el
Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito de la
Regional Conurbano Norte*

AGRADECIMIENTOS

Es sin dudas un ejercicio difícil el de volcar mis agradecimientos en una carilla, luego de tantos años de cursada y paso por esta universidad. La UNSAM para mi es mucho más que una casa de estudios, es una institución educativa que me enseñó mucho más que el oficio sociológico y me brindó oportunidades únicas que siempre estaré agradecida. Por ello quiero comenzar agradeciendo a todes les que sostienen cada día la institución; a las autoridades, en especial a Alejandro Gaggero por su gestión de cercanía y apertura hacia les estudiantes, a les no docentes por la especial atención que le dedican a cada estudiante, y a todes les docentes de la Escuela IDAES por su compromiso insoslayable por la educación pública y de calidad.

La UNSAM para mi también es un conjunto de personas de las cuales aprendí todo lo que hoy sé. Agradezco especialmente a Marcela Cerrutti, quien me guio en este proceso de elaboración de la tesina, proceso que disfruté y del cual aprendí muchísimo, gracias a sus consejos claves que me orientaron por el camino de la investigación, por su escucha atenta y por sus afectivas y pedagógicas devoluciones. También quiero agradecer especialmente a Matías Bruno por su acompañamiento durante un año y medio en los talleres de redacción de tesis, por sus creativas clases y por alentarnos siempre. A mis compañeros de taller, por ser grandes pares en esta aventura.

También quiero agradecer a otros y otras docentes que desde sus distintas experiencias me acompañaron a lo largo de la carrera: a Vanesa Vazquez Laba por sus clases sobre historia del feminismo y por todo el trabajo compartido del cual aprendo día a día. A Leandro López por enseñarnos más de 200 años de sociología y sobre todo por transmitir en cada clase su pasión por la enseñanza. Especiales agradecimientos a Sebastián Pereyra y Esteban Serrani, quienes me hicieron un lugar en su cátedra como adscripta, me acompañaron y me hicieron descubrir el deseo por algún día estar frente a un aula.

Esta tesis no podría haber sido lo mismo sin el apoyo incondicional de Julián, por sus infinitas lecturas y por apasionarse conmigo sobre lo que iba descubriendo. Más que especial agradecimiento a mi querido amigo Manu, por sus atentas y detalladas lecturas y por corregirme cada coma.

Además de un título, esta universidad me dio grandes amistades que hacían que ir a la universidad sea mucho más que estudiar, a todes mis compañeros y en especial a Maruja, Circe, Belén, Luna y Lucia, a todes infinitas gracias.

A mi madre, hermanas y tía por festejar conmigo cada logro por más pequeño y grande que sea.
A mi amiga Caro, por tachar conmigo cada materia aprobada y por escucharme hablar sin parar de todo lo que aprendía desde la primera clase.

Por último, a mis compañeros de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. A ellos por su incansable militancia, por todos los años de lucha, por la conquista colectiva, por ser la inspiración para aportar desde la sociología con esta tesina un granito de arena a la memoria colectiva de la historia por el derecho al aborto en nuestro país.

RESUMEN

En diciembre del 2020 la Argentina legalizó el aborto hasta la semana 14 de gestación, a través de la Ley 27.610 de Regulación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto (Ley IVE). Desde el año 1921 y hasta su legalización, el aborto fue considerado un delito según el Código Penal de la Nación (CPN) y como tal se regulaba a través del “régimen de causales” que comprende dos excepciones para despenalizar la practica: si el embarazo fue producto de una violación o si el embarazo pone en riesgo la salud y/o la vida de la mujer (Art. 86).

Mientras el acceso al aborto estuvo regulado por el régimen de causales, no fue hasta los inicios de los 2000 que se conocieron las primeras iniciativas de acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el sistema de salud, tales como las consejerías pre y post aborto.

La presente tesina tiene por objetivo analizar el complejo proceso de conformación de las Consejerías pre y post aborto dentro del sistema público de salud y el posterior pasaje al modelo de atención de ILE. Para ello se realizó un estudio de caso en un Centro de Salud ubicado en el Municipio de Morón (Buenos Aires), entre los años 2006 a 2019, es decir antes de la legalización del aborto.

Para analizar el proceso de conformación de los dispositivos de atención de ILE, la investigación se enfoca en las prácticas profesionales del personal de salud que fueron quienes promovieron y sostuvieron en un principio las consejerías pre y post aborto caracterizadas como *políticas difusas* y, más adelante, en el desarrollo de los dispositivos de ILE hasta que fuera institucionalizado como política pública a nivel local.

Para ello se utilizó un enfoque cualitativo el cual consistió en el análisis de entrevistas en profundidad a profesionales de la salud del Centro de Salud, así como también a otros profesionales del Hospital Municipal de Morón que tienen injerencia en la ruta de atención de las ILE. Así mismo se analizaron fuentes de información secundaria para caracterizar el fenómeno y la magnitud del aborto en Argentina.

PALABRAS CLAVE: ILE; consejería pre y post aborto; prácticas profesionales; salud pública; Morón.

GLOSARIO

AMEU - Aspiración Manual Endouterina

ANMAT - Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

CAPS - Centro de Atención Primaria de la Salud

CESAC - Centro de Salud y Acción Comunitaria

CPN - Código Penal de la Nación

CSJN - Corte Suprema de Justicia de la Nación

ILE - Interrupción Legal del Embarazo

IVE - Interrupción Voluntaria del Embarazo

OMS - Organización Mundial de la Salud

OPS - Organización Panamericana de la Salud

REDAAS - Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina

SenRed - Socorristas en Red

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN.....	6
GLOSARIO.....	7
INTRODUCCIÓN	10
Estado del arte	13
Objetivos de la investigación.....	16
Algunas precisiones conceptuales	17
Metodología.....	18
Organización de la tesina.....	19
CAPÍTULO I. EL ABORTO EN ARGENTINA.....	21
1.1. Marco normativo sobre aborto	21
1.2 Movilización social y avances en el derecho al aborto	27
1.2. Que dicen y que no dicen los datos sobre aborto	30
1.3.1. Interrupciones Legales del Embarazo en la Provincia de Buenos Aires	32
1.4. Barreras en el acceso a la ILE en el sistema público de salud.....	33
CAPITULO II. CONSEJERÍAS PRE Y POST ABORTO.....	37
2.1. Primeras respuestas al problema del aborto en un contexto de informalidad y criminalización: la creación de las consejerías pre y post aborto.....	40
2.2. De la informalidad a la institucionalización: desclandestinizando la atención de abortos	42
2.3. Limitaciones del modelo de consejería pre y post aborto	49
CAPÍTULO III. CAMBIOS Y CONTINUIDADES: EL PASAJE AL MODELO DE ILE ...	51
3.1 Cambio de paradigma: ampliando la escucha, reinterpretando la norma.....	52
3.2. La conformación del dispositivo de ILE: el municipio distribuye misoprostol	56
3.3. Capacidad instalada: la continuidad luego del cambio de gobierno.....	63
CONCLUSIONES	66

BIBLIOGRAFÍA CITADA.....	70
ANEXOS.....	75
Dispositivos de justificación de causales.....	75
Historia clínica para la mujer en situación de aborto	79

INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2020 la Argentina legalizó el aborto hasta la semana 14 de gestación, a través de la Ley 27.610 de Regulación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto (Ley IVE). Según el artículo 4° las personas con capacidad de gestar tienen derecho a interrumpir un embarazo hasta la semana catorce (inclusive) de gestación.

Durante los cien años que transcurrieron previo a la sanción de la ley de IVE, el aborto se regulaba exclusivamente bajo el régimen de causales, el cual, de acuerdo a lo establecido en el Código Penal de la Nación, comprendía dos excepciones donde el aborto se consideraba no punible: si se practicaba en razón de evitar el riesgo para la vida o la salud de la “madre” o en los casos que el embarazo era producto de un hecho de violencia sexual (Art. 86).

Sin embargo, a lo largo de todos estos años, prevaleció una interpretación prohibicionista en cuanto a la práctica del aborto y el régimen de causales se mantuvo impracticable. Esta problemática, produjo que el aborto se regulara a través de lo que Paola Bergallo (2018), denominó las “normas informales de penalización total del aborto”, las cuales subvierten el contenido formal de la norma e instalan con éxito una interpretación diferente, y probablemente opuesta a la formal.

No obstante, esta situación no impidió que se practicaran abortos. Dado el carácter clandestino de la práctica, no existieron registros oficiales de la cantidad de abortos realizados en el sistema de salud, hasta comienzos del 2019. Por lo tanto, el principal antecedente en cuanto a la magnitud del aborto, fue un estudio realizado por las demógrafas Silvia Mario y Alejandra Pantelides, a pedido del Ministerio de Salud Nacional en 2005. El estudio estimó que en Argentina se realizaban entre 370.000 y 520.000 abortos por año, lo que representaba aproximadamente un aborto cada dos nacimientos. Asimismo, de acuerdo a los datos de mortalidad materna, la defunción por embarazo terminado en aborto está entre las primeras causas de muerte materna en Argentina. En el 2018, éstas representaron el 13.6% del total de muertes maternas (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, 2021).

De esta manera, la inviabilidad del modelo de causales (Bergallo, 2018) se sostuvo en “la dificultad de garantizar una oferta extendida de profesionales de la salud mientras permanecía latente la posibilidad de que esos profesionales o las mujeres que los buscan sean denunciados penalmente por un supuesto delito de aborto, incluso cuando cumplieron con todas las exigencias legales aplicables” (p. 158).

Por lo tanto, mientras la legislación sobre aborto se mantuvo como una excepción a una práctica penalizada, operó generando limitaciones estructurales inherentes al sistema de causales permitidas en el Código Penal. Según Bergallo (2018), estas limitaciones tuvieron que ver principalmente con tres tipos de déficits: en primer lugar, en cuanto a la falta de regulación y claridad sobre el régimen de causales del CPN. En segundo lugar y en relación con lo anterior, el déficit en la información, tanto de registros estadísticos que den cuenta de la problemática y en información técnica sobre los procedimientos médicos para garantizar la práctica de forma segura. Por último, las dificultades para evitar la desjudicialización de los casos, tanto aquellos donde el mismo personal médico denunciaba a las mujeres que llegaban a una guardia médica con un aborto incompleto, y más frecuente aún las solicitudes adicionales de pedidos de autorización judicial para garantizar la práctica. Estas limitaciones, operaron generando barreras institucionales en el acceso a la ILE en el sistema de salud.

En este sentido lo que Gutiérrez y Maffeo (2016) llamaron los *efectos performativos* de la ley contribuyó a la construcción de una subjetividad de la penalización social tanto de las mujeres usuarias del sistema de salud como de los y las profesionales en torno a la práctica del aborto. Es entonces que la garantía de proveer un acceso real a la interrupción legal del embarazo, quedaba supeditada a la generación de amplio consenso social en torno a la práctica y del apoyo político y social que se pudiera obtener por parte de los actores del sistema de salud para proveer las interrupciones legales del embarazo (ILE).

A partir de la década del 2000, la agenda de derechos humanos y en particular de derechos sexuales y reproductivos comenzó a tener un mayor reconocimiento en Argentina. En 2002 la sanción de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, generó grandes debates en torno a estos temas y favoreció a que el problema del aborto inseguro cobrara mayor presencia en la agenda pública y política. Otro gran antecedente en materia legal, fue el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) sobre el caso F.A.L. en 2012. La CSJN sentó jurisprudencia en torno a la interpretación del inciso 2° del artículo 86 del CPN. En su carácter de interprete máximo de la constitución nacional, resolvió dar fin a las interpretaciones prohibicionistas y aclaró que toda víctima de violación, sin importar si posee o no una discapacidad mental, tiene derecho al aborto no punible. Así mismo, dictaminó a los funcionarios a evitar la judicialización de los casos y por último instó a los gobiernos provinciales y nacional a generar protocolos y guías de atención para las personas con derecho al aborto no punible, respetando los más altos estándares de calidad (CSJN, 2012).

Previo al Fallo F.A.L, si bien la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, no regulaba de forma directa el problema del aborto realizado en condiciones de riesgo, es alrededor del año 2004 en adelante que se comienzan a identificar los primeros espacios de consejería pre y post aborto en el sistema público de salud, basado el modelo de reducción de riesgos y daños, desarrollado en Uruguay como política sanitaria de reducción de la mortalidad materna (Dosso, 2015 y Matía et. al, 2016). Estos espacios surgieron en principio como iniciativas no regladas (Crojethovic, 2010) impulsadas por profesionales de la salud, que buscaban dar una respuesta al problema del aborto practicado en condiciones de riesgo.¹

Las consejerías pre y post aborto, surgidas en un contexto de legalidad restrictiva y con bajos niveles de institucionalidad, han logrado en algunos casos alcanzar mayores niveles de institucionalidad y se han ido replicando en distintas partes del país.

Tal es el caso del Municipio de Morón, donde se llevó a cabo una explícita política de atención y acceso a la ILE a través de la conformación de consejerías pre y post aborto, ubicadas en el primer nivel de atención. Entre los años 2007 y 2015 lograron ampliar las consejerías de 2 a 7 de un total de 13 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), lo que condujo a un aumento de 35 consultas al año en 2007 a 346 durante el 2014 (Matía et al., 2016). Asimismo, el municipio de Morón fue incluido en una iniciativa conjunta entre la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Provincia de Buenos Aires, que consistió en dar asistencia técnica al Ministerio de Salud provincial con el objetivo de brindar apoyo a las políticas de reducción de la mortalidad materna, llevada a cabo entre los años 2010 y 2014 (Matía et al., 2016).

La presente tesina se refiere a este proceso, analizando lo ocurrido en el Centro de Atención Primaria de la Salud “Mercedes Sosa” ubicado en la zona sur de Morón. Este centro de salud, junto con el CAPS “Malvinas Argentinas” ubicado en el barrio Carlos Gardel, fueron los primeros en desarrollar las consejerías pre y post aborto dentro del sistema público de salud en este municipio.

¹ El riesgo a la salud física del aborto inseguro incluye la hemorragia, la septicemia, la peritonitis, y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20% al 30% de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20% y el 30% de éstas acaban en una infección del tracto genital superior. Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica (OMS, 2012: 20).

La pregunta general que impulsó la investigación, se refirió a las condiciones de posibilidad que dieron lugar a la conformación y desarrollo de dispositivos de atención de abortos, entre los años 2006 y 2019, en un contexto de legalidad restrictiva. Específicamente la investigación aborda las estrategias desplegadas por los y las profesionales de la salud para impulsar dichos dispositivos y también procura identificar qué factores facilitaron el surgimiento, desarrollo e institucionalización de los mismos. Por otro lado, respecto al proceso de institucionalización de los dispositivos de atención de abortos, un segundo interrogante que guía la investigación es cómo fue el proceso de transición del modelo de atención de consejerías pre y post aborto, basado en las políticas de reducción de riesgos y daños, hacia el modelo de ILE, amparado en el régimen de causales del CPN.

La experiencia del CAPS “Mercedes Sosa”, ha demostrado que en este municipio lo que surgió como “políticas difusas” de atención de abortos (Fernández Vázquez, 2018), logró constituirse luego de algunos años en política pública a nivel local. En esta línea, se identifican al menos 3 indicadores que dan cuenta de esto. En 2013 el gobierno municipal, adhirió al Fallo F.A.L. de la CSJN y en la misma ordenanza reconoció los dispositivos de consejería pre y post aborto como política pública de salud, más tarde en 2015 y cuando los dispositivos de atención de abortos, ya habían comenzado garantizar la práctica en el modelo de ILE, el municipio comenzó a realizar compras de misoprostol para distribuir entre los equipos de salud que garantizaban la práctica. Por último, debe destacarse que gracias a la institucionalidad que adquirió esta experiencia, pudo mantenerse aún con el cambio de signo político del gobierno a nivel municipal ocurrido entre 2015 y 2019. Estos indicadores, junto a otros datos hallados durante el desarrollo de esta investigación, demuestran que la experiencia de Morón, lejos de constituir un conjunto de prácticas profesionales aisladas, se constituye como una forma de dar respuesta a un problema de salud, desde la configuración de políticas públicas *desde abajo*.

Estado del arte

En Argentina, durante el tiempo que el aborto se regulaba por medio del sistema de causales permitidas en el CPN no se elaboraron registros oficiales de la cantidad de interrupciones legales del embarazo que se practican en el sistema de salud público a nivel nacional, ni mucho menos en el sistema de seguridad social y medicina prepaga. Tampoco sistemas estadísticos oficiales que den cuenta de la magnitud del aborto autoinducido. Recién, a partir del año 2018, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en 2019 la Provincia de Buenos

Aires comenzaron a realizar registros de la cantidad de interrupciones legales del embarazo realizadas en el sistema público de salud², entre otros datos vinculados a la práctica.

Por tanto, el principal antecedente a nivel nacional sobre la magnitud del aborto, en cuanto a registros oficiales, fue en 2005 el mencionado estudio realizado por las demógrafas Silvia Mario y Alejandra Pantelides para conocer la magnitud del aborto inducido, a pedido del Ministerio de Salud. Hasta la actualidad, el dato obtenido en este importante estudio, fue el antecedente más próximo a la realidad del aborto en Argentina.

Frente a la ausencia de datos oficiales, se destacan importantes trabajos de registros informales sobre la cantidad de interrupciones realizadas y las condiciones en las cuales se hicieron. Estos antecedentes, son las investigaciones realizadas por REDAAS, ELA y el CEDES, en “El aborto en cifras” (Romero y Moisés, 2020) el cual arrojó que las muertes por abortos inseguros representaron el 17% del total de muertes maternas entre 2014 y 2016, es decir dos de cada diez de las muertes por causas maternas. También desde el 2015, REDAAS, lleva adelante un registro sobre las ILE practicadas en el sistema de salud. El registro arroja un total de 3.734 interrupciones legales del embarazo realizadas hasta 2019 (Ramos y Fernández Vázquez, 2020).

En esta línea también se destaca el trabajo de registro y sistematización que realizan las Socorristas en Red (SenRed) desde el año 2014. El informe del 2019, indica que han acompañado a un total de 38.936 mujeres que se realizaron abortos con medicación,³ de las cuales casi el 4% fueron derivadas al sistema de salud.

En cuanto a la bibliografía sobre aborto en Argentina y América Latina que se produjo durante las últimas tres décadas se puede clasificar en cuatro grandes grupos temáticos. El primero y probablemente más desarrollado es la bibliografía referente a los estudios comparados de la situación de la jurisprudencia sobre aborto en los distintos países de la región. En este campo en el caso de Argentina, los últimos 5 años los trabajos se han concentrado en generar información que contribuyera a los debates parlamentarios sobre el derecho al aborto voluntario, los trabajos más recientes en éste campo son los de Bergallo; Jaramillo Sierra y Vaggione (2018); Busdygan (2018) y Ramón Michel y Bergallo (2018). Estos trabajos, brindan

² La Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registra la cantidad de abortos legales practicados desde el 2014 en los efectores de salud de la ciudad. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/salud-sexual-y-reproductiva>. Para el caso de la PBA, la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, comenzó a registrar la cantidad de ILE realizadas desde el 2020, así como también la distribución de las ILE según tipo de efector.

³ La medicación utilizada para realizar un aborto sin riesgos es el Misoprostol y la Mifepristona, ambos recomendados por la OMS, aunque la Mifepristona no se encuentra aprobada por la ANMAT en Argentina.

un análisis exhaustivo sobre las regulaciones vigentes en materia legal, desde una perspectiva comparada, que incluye a su vez el impacto de la normativa en la realidad social latinoamericana. Estos trabajos han sido muy útiles en cuanto a las caracterizaciones sobre los regímenes de penalización del aborto (Ramón Michel y Cavallo, 2018), y la inviabilidad estructural del sistema de causales (Bergallo, 2018).

Como antecedente de los estudios mencionados en el párrafo anterior, se destaca un segundo grupo temático que abordó el problema del aborto en Argentina y la región, desde una perspectiva integral, comprendiendo las dimensiones normativas y los marcos internacionales de derechos humanos, así como novedosos estudios sobre la relación entre los y las profesionales de la salud y el problema del aborto clandestino, tales son los casos de “Realidades y Coyunturas del aborto, entre el derecho y la necesidad” (Checa, 2006) y “El drama del aborto, en busca de un consenso” (Faúndes y Barzelatto, 2011).

El segundo grupo temático, emergió en la actualidad como una segunda generación de estudios sobre aborto, que se propuso estudiar el tema desde enfoques novedosos sobre experiencias de garantía de derechos y de acceso al aborto, por fuera de los márgenes institucionales y como respuesta al carácter clandestino del aborto. Esta generación muestra una agenda de investigación en torno cuestiones menos investigadas, tales como las organizaciones de socorristas y las prácticas que entre ellas se pusieron en juego para acompañar a mujeres y personas gestantes en la interrupción de un embarazo, sobre las “transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina” (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018), así como el análisis de la investigadora Sandra Salomé Fernández Vázquez (2017 y 2018), en torno a la conformación de las consejerías pre y post aborto como “políticas difusas”.

El tercer grupo temático concentró trabajos sobre las transformaciones en las formas de organización y movilización social de las mujeres en cuanto a la demanda por los derechos sexuales y reproductivos y en particular el derecho al aborto. Tales son los trabajos de Karina Felitti (2010) sobre “Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina”. De María Eugenia Monte (2018) sobre la “Politización de la sexualidad a los derechos reproductivos” y de Chantal Medici (2020) sobre las estrategias y alianzas tejidas al calor del movimiento feminista en Argentina. Dentro de la gran producción de trabajos sobre la historia reciente del movimiento feminista y de mujeres en la región, en el caso de Argentina hay dos trabajos que recuperan de forma exhaustiva la lucha por el derecho al aborto, el primero es el libro de la historia de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y

Gratuito “El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible” (Zurbriggen y Anzorena, 2013) y en segundo lugar “Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo” (Belucci, 2014).

Por último, el cuarto grupo concentra los trabajos producidos en el campo de la sociología de la salud, con foco en las barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva. Hay trabajos actuales que abordan las dificultades del cumplimiento de los derechos sexuales, reproductivos y (no) reproductivos en la población adolescente (Binstock y Gogna, 2018) y en particular en el acceso a la ILE en el sistema de salud (Gutierrez y Maffeo, 2016). Otros trabajos quizá menos numerosos se ocuparon del rol de los y las profesionales de la salud en la atención de mujeres en situación de aborto (Dosso, 2015). Dentro de este pequeño campo, se destacan también los trabajos realizados por Roberto Castro, Alejandra López Gómez y Lilia B. Schraiber en “Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina” (2010) sobre las prácticas profesionales de los y las agentes de salud, y cómo éstas operan en las prácticas de obstaculización y vulneración en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

La investigación que desarrollaremos se inscribe en éste campo de estudios sobre la conformación de políticas públicas de acceso al aborto dentro del sistema público de salud. Pretende poner el foco en las prácticas profesionales del personal de salud. Desde un enfoque sociológico busca superar una instancia descriptiva de la experiencia analizada. para identificar las estrategias y acciones desplegadas por los y las profesionales de la salud para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo.

Objetivos de la investigación

Realizar una contextualización sobre la situación legal y el debate del aborto en la Argentina, para situar la descripción del proceso de conformación de las Conserjerías pre y post aborto y la definición de un modelo de atención de ILE en el Municipio de Morón entre los años 2006 y 2019.

Objetivos específicos:

- Reconstruir las trayectorias de los y las profesionales de la salud que ocuparon un lugar fundamental en la conformación de los dispositivos de atención de abortos en el Centro de Salud Mercedes Sosa.

- Identificar los factores que posibilitaron la conformación de las consejerías pre y post aborto en el sistema público de salud.
- Analizar en qué medida se dio un pasaje de modelos de atención de abortos, de las consejerías pre y post aborto al modelo de ILE.
- Identificar los cambios y continuidades en la política local de acceso a la ILE luego del cambio de gobierno local en el año 2015.

Algunas precisiones conceptuales

La presente investigación, se enmarca en el campo de estudios sobre sociología de la salud, con foco en las condiciones materiales y simbólicas de producción de las prácticas profesionales del personal de salud, en un contexto caracterizado por las restricciones legales y la clandestinización del aborto.

Para comprender el contexto político y social del funcionamiento de la normativa vigente durante el periodo estudiado, utilizamos los conceptos de “normas informales” acuñado por Bergallo (2018) para explicar la penalización social que volvió impracticable la garantía de proveer un aborto en el marco de las causales permitidas en el CPN. Así como la noción de la inviabilidad estructural del sistema de causales y su perdurabilidad en el tiempo, resistente a los avances en materia legal (Ramón Michel y Cavallo, 2018).

Para comprender, entonces, la conformación de dispositivos de atención de interrupciones del embarazo en un contexto de legalidad restrictiva, observamos que, en las prácticas profesionales del personal de salud, era posible identificar estrategias para garantizar derechos, así como de su obstaculización y vulneración. Para comprender el entramado social de producción de las prácticas profesionales en el campo de la salud, utilizamos los conceptos de “campo” (Bourdieu y Wacquant, 2005) y “habitus” (Bourdieu, 2007), adaptados por Roberto Castro (2010) para comprender las condiciones materiales y simbólicas que dan lugar a las prácticas médicas en la atención de la salud sexual y reproductiva. De esta manera, para caracterizar al “habitus médico” (Castro, 2010) utilizamos los conceptos de autonomía técnica-profesional Schraiber (2010) y de informalidad (Crojethovic, 2010) como una característica fundamental para comprender la dinámica social de las instituciones de salud en Argentina.

Asímismo, para analizar las prácticas profesionales, utilizamos la denominación que propone Schraiber (2010) “la producción del trabajo social, distinguiendo las de constituir solamente

una acción de aplicación del saber profesional -como es su enfoque en el campo de la sociología de las profesiones- para tomar esa práctica como ejercicio de la técnica en el interior de un proceso de trabajo que se da en determinadas estructuras de producción social” (p. 15).

Por último y en relación con lo anterior, para reconstruir el proceso de conformación de la política pública de atención de Interrupciones Legales del Embarazo en Morón, utilizamos el análisis propuesto por Fernández Vázquez (2017 y 2018), sobre el surgimiento de las consejerías pre y post aborto como *iniciativas no regladas* (Crojethovic, 2010), que se constituyen como *políticas públicas difusas*, caracterizadas por ser impulsadas por los propios profesionales de la salud, por la ausencia de políticas y programas sociales definidos desde la política pública tradicional. Las políticas difusas emergen, desde los márgenes institucionales del sistema de salud, impulsadas por los equipos de salud, como prácticas informales *desde abajo*.

Metodología

De acuerdo a los objetivos propuestos, se diseñó una estrategia metodológica de tipo cualitativa consistente en un estudio de caso. Siguiendo a Stake, (2007), el estudio buscó identificar a los actores participantes y sus interpretaciones acerca del “caso” a estudiar. Para ello, se seleccionó al Centro de Atención Primaria de la Salud “Mercedes Sosa” ubicado en la zona sur del Municipio de Morón. La selección de este Centro de Salud se debió a que este es uno de los dos efectores de este municipio que impulsaron las primeras consejerías pre y post aborto. De esta manera, la unidad de análisis, fueron los y las profesionales de la salud que se desempeñaron como tales en el sistema público de salud y estuvieron relacionados a los dispositivos de atención de abortos, en especial al que se conformó en el CAPS Mercedes Sosa.

Como técnica de recolección del dato, en primer lugar, se llevó a cabo una entrevista en profundidad a una informante clave que se había desempeñado como trabajadora social del CAPS Mercedes Sosa, y había sido una de las principales impulsoras de la consejería. A partir de esta entrevista, se confeccionaron distintos cuestionarios semi estructurados y se realizaron entrevistas en profundidad a distintos profesionales de la salud. Los cuestionarios variaron levemente de acuerdo a la disciplina de los/as profesionales entrevistados/as y también a medida que se fue avanzando en el trabajo de campo. Los cuestionarios incluyeron distintas dimensiones; una de ellas tuvo que ver con las trayectorias profesionales de los/as entrevistados/as, utilizando el método biográfico de “relatos de vida” (Meccia, 2012), tomando en consideración su paso por la formación universitaria, sus primeras experiencias

profesionales y su llegada a Morón. También su relación como profesional de la salud con el tema del aborto, poniendo atención en los puntos de inflexión/momentos de bisagra (Kornblit, 2007:23). Por otro lado, las entrevistas permitieron reconstruir el contexto de surgimiento de las primeras consejerías, los factores que se identificaron como facilitadores, las redes y articulaciones que se tejieron en la conformación de dicho espacio, y los primeros acompañamientos. Obviamente, se indagó sobre las características y funcionamiento del dispositivo de atención de abortos, tanto en su etapa de consejería pre y post aborto como en el modelo de ILE. Por último, se incluyeron dimensiones vinculadas a la ruta de atención, en especial la articulación con el segundo nivel de atención y las características de las usuarias del dispositivo.

Respecto a la muestra, fueron entrevistados/as un total de 7 profesionales de la salud. En primer lugar, se entrevistó por separado a la psicóloga y a la médica generalista del equipo de ILE del CAPS Mercedes Sosa. Posteriormente, se entrevistó de forma grupal al equipo de ILE completo del Hospital de Morón compuesto por un médico generalista, dos psicólogas y una psicóloga residente, con el fin de indagar acerca del circuito de derivación y articulación con el segundo nivel de atención. Por último, se le realizó una entrevista a una médica ginecóloga residente del área de Toco ginecología del Hospital.

Asimismo, se analizaron fuentes secundarias tales como datos estadísticos (REDAAS, 2018; SenRed, 2019; DEIS, 2020, MinSal. PBA, 2021) guías técnicas y legislación sobre aborto (OMS, 2012 y 2014; Protocolo ILE 2015, 2019 y 2021). Así como también se realizó un análisis sobre la normativa nacional en torno al aborto.

Organización de la tesina

La tesina se compone de una introducción, 3 capítulos y las conclusiones. En el primer capítulo se presenta un estado de situación sobre el aborto en Argentina, a través del desarrollo de 4 ejes temáticos: los aspectos normativos, la movilización social y los avances en el derecho al aborto; una caracterización del aborto en cifras y por último las barreras en el acceso a la interrupción legal del embarazo en el sistema público de salud.

El segundo aborda el proceso de conformación de las consejerías pre y post aborto en el municipio de Morón. El proceso de institucionalización del dispositivo de consejerías, así como las limitaciones del mismo.

Por último, el tercer capítulo presenta el pasaje del modelo de atención de consejerías pre y post aborto al de ILE y la conformación y funcionamiento del mismo. Por último, aborda los cambios y continuidades identificadas luego del cambio de gobierno a nivel local.

CAPÍTULO I. EL ABORTO EN ARGENTINA

1.1. Marco normativo sobre aborto

En diciembre del 2020 la Argentina legalizó el aborto hasta la semana 14 de gestación, a través de la Ley 27.610 de Regulación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto (Ley IVE). Según el artículo 4° las personas con capacidad de gestar tienen derecho a interrumpir un embarazo hasta la semana catorce (inclusive) de gestación.

Vale destacar que la práctica del aborto en la Argentina se ha visto condicionada en la historia reciente por ofensivas y contraofensivas en torno a su legalidad que han atravesado los campos de la salud, la justicia y la política, entre otros. En el presente capítulo, pretendemos recuperar el contexto social y político que han dado marco a estas disputas.

Desde el año 1921 y hasta su legalización, el aborto fue considerado un delito según el Código Penal de la Nación (CPN) excepto en dos circunstancias: “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente” (art. 86 inc. 1°) o “si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios” (inc. 2°). En ambas excepciones el aborto debía ser practicado por un médico diplomado (CPN).

Por fuera de las dos circunstancias exceptuadas, el artículo 85 contemplaba penas de prisión de hasta 10 años para quien causare el aborto sin consentimiento de la mujer, que podrían aumentarse a 15 años si el aborto fuera seguido de muerte. Para los casos en los que el aborto se practicara con el consentimiento de la mujer, las penas iban desde uno a cuatro años de prisión y se podría elevar a seis años si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer (CPN). Los casos en los que las personas que causaren o cooperaren a practicar el aborto fueran médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticas, sufrían inhabilitación por el doble de tiempo de la condena. Según el artículo 87, las penas para las mujeres que se auto practicaban un aborto eran desde seis meses hasta dos años de prisión. La nueva redacción del CPN a partir de la Ley 27.610 redujo las penas en general y en especial aquellas relativas a las mujeres o personas gestantes que se practiquen un aborto, e incorporó penas para el personal de salud que obstaculizara el acceso a la práctica.⁴

⁴ La redacción actual sostiene las penas otorgadas a las personas que causaren un aborto por fuera de las 14 semanas de gestación inclusive y donde “no mediaran los supuestos previstos en el art. 85 de la Ley” es decir las causales de violación y riesgo para la salud de la mujer o persona gestante. Estas penas van de 3 a 15 años si la persona realiza el aborto sin el consentimiento de la mujer o persona gestante y de 3 meses a 1 años si lo practica con el consentimiento de la misma. Así mismo incorporó penas de 3 meses a 1 año para el personal de salud que obstaculice el acceso a este derecho.

Si bien este articulado constaba desde el 1921⁵, durante casi los últimos 100 años, se mantuvo una interpretación prohibicionista de la práctica del aborto y la penalización total se constituyó como lo que Paola Bergallo (2016) denomina una “norma informal de prohibición total del aborto”. Las normas informales son aquellas que subvierten el contenido de una norma formal para instalar una interpretación diferente de la vigente. La capacidad de institucionalidad de las normas informales se encuentra en un plano simbólico (no legislativo), y si bien son dinámicas, en el caso del aborto en Argentina y probablemente en otros países con legislaciones similares, se mantuvo exitosamente una norma informal que penaliza el aborto en su totalidad. Según Helmke y Levitzky (2006), en Bergallo (2016):

“las instituciones informales pueden resultar, en primer lugar, del carácter incompleto de las reglas formales, que no pueden cubrir todas las contingencias posibles. En tales casos, distintos sectores pueden explotar las ambigüedades de las normas formales a su favor. En segundo lugar, las normas informales pueden surgir cuando hay baja capacidad de exigibilidad de las normas formales como resultado de deficiencias institucionales.” (Bergallo, 2016:5)

Las normas informales operan a través de la presión que aplican grupos sociales interesados en que aquella norma informal se establezca. Es interesante destacar que las normas informales no siempre aspiran a formalizarse en leyes, más bien son el resultado de la imposibilidad de constituirse como tales.

En este sentido la penalización total del aborto iría en contra de los tratados e instrumentos internacionales de protección de los derechos de las mujeres a los cuales Argentina adscribe desde antes de la década de los 90, como son La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) de 1979 y la Convención de los derechos del niño y la niña de 1989, ambos tratados internacionales vinculantes fueron incluidos en la constitución nacional del 1994⁶ (Chiarotti, 2006).

⁵ La redacción del artículo 86 del CPN previa a la sanción de la ley 27.610 había sufrido modificaciones durante las últimas dictaduras cívico militares: en 1973 mediante la ley 20.509 las modificaciones requerían que “el peligro para la vida o la salud de la madre” fuera de gravedad, además se exigía la judicialización de los permisos en casos de violación y por último solicitaba el consentimiento del representante legal de las personas con discapacidad o menores de edad. Estas modificaciones quedaron sin efecto, recuperando su redacción original en 1984 cuando el presidente Raúl Alfonsín anuló las modificaciones realizadas en el período dictatorial. (Fernández Vázquez, 2017).

⁶ La CEDAW habla de “acceso a servicios de atención médica incluso los que se refieren a la planificación de la familia.” También garantiza a las mujeres “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y a los medios que les permiten ejercer estos derechos.” La convención de los derechos del NyN afirman “la necesidad de desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.”

En la agenda internacional, la década de los 90 fue escenario de importantes avances en el reconocimiento de los derechos de las mujeres, especialmente aquellos referidos a la salud sexual y reproductiva. En 1994 la declaración emitida en la Conferencia de Población y Desarrollo en El Cairo, admite que el aborto debe ser considerado “como un importante problema de salud pública.” En consonancia, la Plataforma para la Acción emitida en la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, el Desarrollo y la Paz, celebrada en 1995 en Beijing, apunta a que los Estados firmantes reconozcan “la capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad, constituye la base fundamental para el disfrute de otros derechos” y recomienda “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.” Un tercer hito sobre el fortalecimiento de los derechos de las mujeres fue la incorporación de la figura del “embarazo forzado” considerado un crimen de lesa humanidad y un crimen de guerra, junto con la violación, la esclavitud sexual y otros delitos sexuales de gravedad, en el marco de la creación de la Corte Penal Internacional que sancionara los delitos contra el derecho humanitario en 1998. A este último como a la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y a la declaración de la Conferencia de Población y Desarrollo, Argentina ha firmado ratificando su adhesión (Chiarotti, 2006).

Sin embargo, en el plano nacional no fue hasta el comienzo del nuevo milenio que la legislación comenzó a mantener mayor coherencia con los tratados y declaraciones internacionales a las cuales la Argentina inscribió. El sistema de salud no dispuso de servicios de atención a mujeres que buscaban interrumpir un embarazo dentro del modelo de causales permitidas en el CPN ni se conocieron leyes y políticas concretas de acceso al derecho al aborto en Argentina. De acuerdo a las investigaciones sobre el acceso al aborto en países con modelos normativos que regulan el aborto mediante un sistema de causales, se destaca como causa el rechazo por parte de los y las médicas a realizar abortos alegando pedidos de permisos judiciales o bien desconociendo por completo la legislación sobre aborto (Checa, 2006; Bergallo, 2016; Bergallo et. al. 2018; Ramón Michel y Bergallo, 2018; Di Corletto, 2018).

La aprobación, en 2002, de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, si bien no se ocupó de regular el acceso al aborto, ocasionó fuertes debates en la sociedad generando una coyuntura que favoreció la mediatización de una serie de casos de mujeres y niñas a las que se les había negado el acceso a un aborto en el marco de las causales permitidas por el CPN

(Medici, 2020). Algunos de estos casos escalaron a los tribunales nacionales, en busca de una respuesta (Bergallo, 2016).

Tales fueron los casos paradigmáticos como el de L.M.R. (año 2006) una joven de 19 años con una discapacidad intelectual que cursaba un embarazo de 14 semanas producto de una violación. A L.M.R. se le negó el acceso a un aborto no punible solicitada en el marco de la "causal violación" (art. 86). El caso se judicializa cuando la jueza de Menores impidió la concreción del aborto que se realizaría en el Hospital San Martín de La Plata. Frente a esta situación la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Buenos Aires se pronunció ratificando la constitucionalidad del artículo 86, el cual establecía la no punibilidad del aborto cuando el embarazo es producto de una violación. En 2006 el caso L.M.R fue elevado ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU, desde donde se dictaminó que Argentina debía garantizar en tiempo y forma el derecho a la interrupción legal del embarazo, en cumplimiento de la normativa local (Medici, 2020). El caso L.M.R. fue clave en el impulso de la creación en 2007 del primer Protocolo de acceso a los Abortos No Punibles del Ministerio de Salud.

Otro caso icónico fue el de Ana María Acevedo, una joven de 20 años que murió en 2007 luego de que le negaran el tratamiento oncológico por encontrarse embarazada de 13 semanas. Ana María Acevedo y sus padres habían solicitado le realizarán un aborto no punible enmarcado en la causal "salud" del CPN, el cual fue rechazado por parte del comité de bioética del Hospital Iturraspe de Santa Fe, alegando motivos religiosos. A los cinco meses de embarazo se le practicó una cesárea, el bebé falleció a las 24hs y su madre algunas semanas después.⁷

Estos casos, junto con otros similares marcaron un punto de inflexión que motivó iniciativas regulatorias de los ministerios de salud de algunas provincias, que buscaban regularizar el acceso al aborto no punible. Estas iniciativas fueron logrando que en algunas provincias se comenzara a desplazar la norma informal de penalización total del aborto que operaba de forma subyacente sobre el derecho al aborto:

“Los protocolos de esta primera generación de regulaciones eran muy escuetos. Clarificaban la ilegalidad de los requisitos como la autorización judicial, y recordaban a los equipos médicos su deber de información y capacitación para la práctica de abortos no punibles. A su vez regulaban la conformación de comités de expertos, el

⁷ En ambos casos, los gobiernos provinciales asumieron años más tarde la responsabilidad de la vulneración del derecho al aborto no punible y presentaron una reparación económica a las familias de ambas mujeres. En el caso de Ana María Acevedo también se inició una investigación penal a los médicos y al director del hospital como responsables de la muerte de Ana María.

requerimiento de consentimiento informado y las formalidades para la representación de niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad mental.” (Bergallo, 2014:15).

A su vez como antecedente de los primeros protocolos:

“En 2004 el Ministerio de Salud Nacional y los Ministerios de Salud provinciales, reunidos en el Consejo Federal de Salud (COFESA) suscribieron un “Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en Argentina”. Entre los puntos acordados se estableció la necesidad de “garantizar el acceso a la atención del aborto no punible en los Hospitales Públicos dando cumplimiento a lo estipulado en el código penal” (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004) y se pactó la elaboración de una reglamentación para la asistencia de estos casos sin judicialización en establecimientos estatales” (Medici, 2020:45).

En este sentido, a partir del 2007, los Carteras de Salud de varias provincias y ciudades (Buenos Aires, Neuquén, Chubut, CABA y Rosario), junto al Ministerio de Salud de Nación, habían avanzado en el diseño y aprobación de protocolos con fines regulatorios.⁸ En paralelo y en estrecha relación a la aprobación de estos instrumentos, se emitieron sentencias de los poderes judiciales que autorizaban el acceso a los abortos no punibles en casos de adolescentes con discapacidad (Medici, 2020).

Tal es el caso de la provincia de Chubut cuando el caso de A.G. una adolescente de 15 años, víctima de violación a quien se le negó la interrupción del embarazo, alegando una interpretación restrictiva del inciso 2º del artículo 86 el cual - alegaban - no alcanzaba a víctimas que no tuvieran alguna discapacidad mental. Luego de ser impedido en primera y segunda instancia judicial, el caso llegó a la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Chubut, la cual en 2010 resuelve mediante el fallo F.A.L. el derecho legítimo de A.G. de acceder a la práctica en el marco legal vigente. Más de diez semanas después de que A.G. y su madre hubieran solicitado la interrupción, finalmente se lo practicaron. El fallo F.A.L. motivó que meses después la provincia de Chubut aprobará el protocolo de actuación para el acceso a los abortos no punibles.

Sin embargo, la judicialización del caso de A.G. continuó y escaló el orden provincial alcanzando a la Corte Suprema de Justicia de La Nación (CSJN), cuando en 2012 la misma se

⁸ “En 2007 las provincias de Buenos Aires y Neuquén y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires emitieron sus primeros protocolos (Resolución 304 del 29/01/2007, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Resolución 1138 del 28/11/2007, Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia del Neuquén, Resolución 1174 del 28/5/2007, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). El mismo año el Concejo Municipal de Rosario aprobó el “Protocolo de atención integral para la mujer en casos de aborto no punible” (Ordenanza N° 8166 del 14/6/2007).” (Medici, 2020:45)

pronuncia ratificando el Fallo F.A.L. s/ medida autosatisfactiva, aunque el aborto ya se había realizado, el dictamen buscaba generar un pronunciamiento que sirviera de guía para el tratamiento de los casos futuros.

De esta manera la CSJN, en su carácter de intérprete máximo de la constitución nacional, resuelve en primer lugar dar fin a las interpretaciones restrictivas del alcance del inciso 2° del artículo 86 del Código Penal, y aclara que toda víctima de violación, sin importar si posee o no una discapacidad mental, tiene derecho al aborto no punible. En segundo lugar, definió que en ningún caso los y las médicos/as deben solicitar autorización judicial para practicar un aborto no punible, siendo suficiente una declaración jurada de la víctima, o de su representante legal, en donde manifieste que el embarazo es producto de una violación y, en tercer lugar, indica al Poder Judicial, en los casos en los que intervenga, actuar garantizando el cumplimiento de los derechos y no obstaculizando el acceso a los mismos (CSJN, 2012).

Así mismo en el apartado 29 del Fallo F.A.L s/ medida autosatisfactiva sienta jurisprudencia al exhortar a los poderes nacionales y provinciales a implementar “protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos” (CSJN, 2012:27). También establece que los protocolos debieran contemplar el derecho a información y a la confidencialidad de las personas que solicitan un aborto, evitar procesos administrativos innecesarios, así como generar las articulaciones necesarias para la resolución de la práctica sin dilaciones ni consecuencias sobre la salud de la mujer.

Finalmente, y en consonancia con el Fallo F.A.L. el Ministerio de Salud de Nación elaboró y aprobó en 2015 el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE)⁹, y recomendó a las provincias a que adhieran al mismo o bien elaboren los propios de acuerdo a los estándares establecidos en fallo F.A.L.

Así como en F.A.L. la CSJN esclareció el alcance de la causal violación, la actualización del Protocolo ILE de Nación del 2015 recupera y ratifica la interpretación “integral” de la salud, que establece que la salud integral debe entenderse como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 1946). En este sentido, el salto cualitativo entre 2010 y 2015 tuvo que ver con un giro discursivo que dejaba atrás la concepción de “abortos no punibles” para hablar de “interrupciones legales del embarazo”. De esta manera se comenzó a percibir un giro hacia una perspectiva de derechos

⁹ El protocolo ILE del 2015 es una versión actualizada y revisada de la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2010.

humanos y salud. “Si bien este Protocolo no crea jurisprudencia, como el fallo de la Corte Suprema, ni tiene rango de ley, sienta un precedente y legitima las prácticas de los/las profesionales de la salud que garantizan el acceso a los abortos legales.” (Fernández Vázquez, 2017:90).

A fines del 2019 Adolfo Rubinstein, a cargo del ex Ministerio de Salud Nacional devenido en Secretaría por el gobierno de Mauricio Macri, intentó llevar a la práctica una actualización del Protocolo ILE que fue rápidamente impedida por el Poder Ejecutivo. Días después de la asunción de Ginés González García nuevamente frente a la cartera de Salud de Nación, en la presidencia de Alberto Fernández, recuperó la iniciativa fallida y rectificó la actualización del Protocolo ILE, otorgándole, por primera vez, rango ministerial¹⁰.

El 10 de enero siguiente la Provincia de Buenos Aires adhería a la actualización del Protocolo ILE del Ministerio de Salud de la Nación, siendo la primera resolución del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad Sexual a cargo de Estela Díaz junto con el ministro provincial de salud, Daniel Gollán. Hasta el momento el protocolo de ILE de la Provincia de Buenos Aires se encontraba judicializado por contemplar medidas restrictivas. En el caso de CABA finalmente, la Legislatura porteña, aprobó en julio del 2020 la adhesión al Protocolo ILE del Ministerio de Salud Nacional. La versión anterior, al igual que el caso de la provincia de Buenos Aires, se encontraba judicializado.¹¹

1.2 Movilización social y avances en el derecho al aborto

Los sinuosos avances descritos en las primeras páginas de éste capítulo se dieron en gran parte en un contexto de transformaciones profundas en la legislación nacional y acontecimientos sociales que cambiaron las expresiones sobre el aborto y los derechos de las mujeres para siempre: la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable del año 2002, Ley de Anticoncepción Quirúrgica (2006), la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral del año 2006, la Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia

¹⁰ La actualización del Protocolo ILE de Nación incluyó principalmente especificaciones sobre el abordaje del acceso de las personas con discapacidad con derecho a una ILE principalmente lo referido a no desplazar la figura del consentimiento, así como también en los casos de niñas menores de 13 años donde rige el Código Civil y Comercial de la Nación sobre el interés superior del niño/a y el derecho a ser oído/a. <https://latfem.org/estamos-trabajando-en-garantizar-la-interrupcion-legal-del-embarazo-en-cada-una-de-las-provincias/>

¹¹ Vale aclarar que la ausencia de un protocolo provincial o de la adhesión al protocolo de Nación, no impedía la garantía del derecho a la ILE, ya que la práctica se amparaba en las causales permitidas hasta ese entonces en el CPN y la práctica se orientaba bajo la guía “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud” (OMS, 2012).

contra las mujeres en los ámbitos donde desarrollen sus relaciones interpersonales (2009), la Ley 26.618 de Matrimonio igualitario de 2010, Ley 26.743 de Identidad de Género del año 2012 y finalmente la Ley 27.610 de Regulación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto.

En paralelo a estos importantes avances en materia legal y de regulaciones dentro del sistema de salud, la movilización social en torno a la lucha por el aborto fue cobrando cada vez mayor capacidad de movilización e incidencia, especialmente en los últimos 5 años.

Las primeras movilizaciones sociales y demandas en torno a la despenalización y legalización del aborto en Argentina datan de las décadas del 60 y 70 con la irrupción de la “segunda ola” del movimiento feminista, identificada con las ideas vinculadas a la politización y liberación de la sexualidad (Felliti, 2010; Bellucci, 2014; Monte, 2018).

Las feministas de la segunda ola, se diferenciaron de los postulados del feminismo sufragista-liberal por “considerarlo sólo reformista en su aspiración de igualdad entre los sexos” (Vazquez Laba, 2019:64).

El feminismo de la segunda ola, reivindicaba un discurso radical que colocaba el foco en una dimensión de la vida que hasta el momento se mantenía bajo la oscuridad de la naturalización de la desigualdad sexual: el mundo de lo privado, entendido éste como “el hogar” en términos empíricos y en términos simbólicos todo lo que representaba la familia, el matrimonio, la maternidad, la sexualidad y la orientación sexual.

En este sentido, las décadas de los 60 y 70, caracterizadas por el creciente autoritarismo en los poderes políticos, trajeron la irrupción de estos discursos radicales de cuestionamiento hacia el interior de los hogares, invirtiendo el orden de lo público y lo privado reflejado en el lema “lo personal es político” (Millet, 1970). En esta politización de lo representado como “privado” e “íntimo”, la sexualidad fue objeto y bandera del movimiento feminista, tanto en el norte como en el sur de occidente.

En Argentina la influencia del feminismo radical y del Movimiento de Liberación de la Mujer, impulsó las primeras protestas y movilizaciones sociales en contra de la penalización del aborto y en la exigencia del acceso a la píldora anticonceptiva.

La reivindicación social en torno a la sexualidad y la justicia reproductiva, cobró un giro luego del silencio generado por la última dictadura cívico-militar que atravesó Argentina entre el 1976 y 1983 (Felitti, 2010). Con la recuperación de la democracia y la popularización de la agenda de los organismos internacionales en torno a los derechos humanos, el paradigma sobre la salud sexual y reproductiva reconocido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional

sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo en 1994, incorporó los criterios de género, integralidad y derechos, trastocando los paradigmas normativos y normativistas vigentes hasta el momento (López Gómez y Carril, 2009). Este nuevo contexto político, operó desplazando las reivindicaciones vinculadas a la liberación sexual, hacia un discurso de los derechos humanos, dando lugar, en un contexto neoliberal, a un proceso de individuación ambivalente de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos (Brown, 2016)¹².

En este contexto, las organizaciones de mujeres y feministas que se habían conformado en torno a la demanda por el derecho al aborto y la anticoncepción en Argentina, comenzaron a agruparse en organizaciones de alcance federal. De estos antecedentes surgió la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito -en adelante “La Campaña”-, actriz fundamental de los últimos 15 años en la lucha por la legalización del aborto en Argentina.¹³

En el año 2007 La Campaña presentó por primera vez ante el Congreso Nacional un proyecto de Ley para legalizar la interrupción voluntaria del embarazo. Durante los siguientes años, cada vez que el Proyecto presentado perdía estado parlamentario La Campaña volvía a presentarlo. El proyecto elaborado por La Campaña fue sufriendo modificaciones y actualizaciones de acuerdo a los debates realizados al interior de la organización, así como también los avances en materia legal tales como la Ley de Identidad de Género sancionada en el año 2012. En 2018 La Campaña presentó por séptima vez consecutiva un proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el cual fue producto de extensos debates realizados en asambleas federales. Por primera vez en la historia, en el año 2018 un proyecto de legalización del aborto obtuvo media sanción de la cámara de diputados, la cual fue rechazada por el Senado de la Nación en agosto de ese mismo año.

Finalmente, a fines del 2020 el presidente Alberto Fernández presentó un proyecto de Ley de Regulación del aborto voluntario el cual obtuvo la aprobación por parte de ambas cámaras del congreso. El 30 de diciembre la Argentina legalizó el aborto hasta la semana 14 de gestación,

¹² La individuación se refiere al proceso de reconocimiento de las y los ciudadanos como individuos sujetos de derechos. La ambivalencia que cobra en contextos neoliberales la individuación, agudiza el peso de la responsabilidad y las obligaciones en el cumplimiento de los derechos otorgada a los individuos como sujetos capaces de tomar decisiones en relación a prevenir los riesgos de la sociedad moderna. Por tanto, la ambivalencia del proceso de individuación, radica en la tensión entre la idea de individuos sujetos de derecho y el supuesto racional, que les otorga a todos por igual –sin importar el contexto particular- la capacidad de reclamar y hacer cumplir sus derechos en términos individuales, es decir por fuera de contextos socio históricos determinados (Brown, 2016 y 2015).

¹³ La Campaña se creó en el año 2005 luego de una asamblea federal realizada en Córdoba con el apoyo económico de la organización *Católicas por el Derecho a Decidir*. La creación de una campaña nacional surgió como estrategia central de los talleres sobre “estrategias para la legalización del aborto” realizada en los Encuentros Nacionales de Mujeres realizados en Rosario (2003) y Mendoza (2004).

modificando el CPN vigente desde el 1921 y actualizó la redacción de las causales para los casos de aborto luego de la semana 14. El proyecto de Ley que finalmente obtuvo la aprobación del Congreso de la Nación, recupera en gran parte la letra del proyecto que La Campaña había presentado por última vez en marzo de 2019.

1.2. Que dicen y que no dicen los datos sobre aborto

A pesar de los avances alcanzados y de los acontecimientos descritos en las páginas anteriores, hasta la actualidad se identifican barreras de acceso a la interrupción legal del embarazo que persisten en gran parte del país registrando una implementación desigual de las normativas e instrumentos generados en los últimos años.¹⁴

En Argentina, durante el tiempo que el aborto se regulaba por medio del sistema de causales permitidas en el CPN no se elaboraron registros oficiales de la cantidad de interrupciones legales del embarazo que se practican en el sistema de salud público a nivel nacional, ni mucho menos en el sistema de seguridad social y medicina prepaga. Tampoco con sistemas estadísticos oficiales que den cuenta de la magnitud del aborto inseguro o clandestino. No obstante, desde el año 2018, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires comenzaron a realizar registros de la cantidad de interrupciones legales del embarazo realizadas en el sistema público de salud¹⁵, entre otros datos vinculados a la práctica.

Por tanto, el principal antecedente a nivel nacional sobre aborto, en cuanto a registros oficiales, fue en 2005 un estudio realizados por las demógrafas Silvia Mario y Alejandra Pantelides para conocer la magnitud del aborto inducido, a pedido del Ministerio de Salud. Los resultados estimaron que se practican entre 370.000 y 520.000 abortos por año, lo que representa aproximadamente un aborto cada dos nacimientos.

Frente a la ausencia de sistemas de registro oficiales sobre abortos a nivel nacional, los datos de mortalidad materna por abortos y egresos hospitalarios por complicaciones terminadas en aborto nos indican una aproximación de la magnitud del aborto en Argentina.

¹⁴ Esta afirmación no considera a la Ley 27.610 dada su reciente aprobación, no es posible conocer el impacto y el nivel de aplicación de la misma. Por tanto, cuando hablamos de las dificultades en el cumplimiento de normativas y regulaciones nos referimos a todos aquellos que preceden a la ley de IVE.

¹⁵ La Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registra la cantidad de abortos legales practicados desde el 2014 en los efectores de salud de la ciudad. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/salud-sexual-y-reproductiva>. Para el caso de la PBA, la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, comenzó a registrar la cantidad de ILE realizadas desde el 2020, así como también la distribución de las ILE según tipo de efector.

Según datos extraídos del informe “El aborto en cifras” (Romero y Moisés, 2020) las muertes por abortos inseguros representaron el 17% del total de muertes maternas entre 2014 y 2016, es decir dos de cada diez de las muertes por causas maternas. En 2013, 49.000 mujeres fueron internadas en hospitales públicos por complicaciones derivadas de un aborto.

Según los últimos datos disponibles del Ministerio de Salud de la Nación, en 2018 murieron 35 mujeres por complicaciones en el aborto, representando el 13,6 del total de muertes maternas.¹⁶ Respecto a los datos sobre egresos hospitalarios por diagnóstico de aborto en 2016 (últimos datos disponibles) fueron hospitalizadas un total de 39.025 mujeres, representando el 3% del total de mujeres hospitalizadas con diagnóstico.¹⁷

Si desagregamos la información según región y provincias damos cuenta de un acceso desigual en general al derecho a la salud, entendiendo la tasa de mortalidad materna como un indicador fundamental para medir la calidad de vida y la propensión mayor a morir por causa de un aborto inseguro. Según datos del Ministerio de Salud de Nación del año 2018 la razón de mortalidad materna por cada 10.000 nacidos vivos fue del 3,7. Las regiones de Patagonia, Cuyo y Centro se mantuvieron por debajo de la razón del total nacional, mientras que Noroeste y Noreste se ubicaron por encima con una razón del 3,8 y 7,1 respectivamente.

Así mismo un informe de REDAAS (2018) sobre datos de salud reproductiva por provincia realizado a partir de la sistematización de los datos oficiales del Ministerio de Salud, demuestran la desigualdad en el acceso a la salud y en especial a la atención de la salud sexual y reproductiva. La tasa de mortalidad materna cada 10.000 nacidos vivos a nivel nacional para 2016 fue del 0,6%, para el caso de la provincia de Buenos Aires la tasa se eleva a 3,4. Mientras que las provincias del noroeste y noreste tienen las tasas más altas: Formosa 12,3; Catamarca 10,5; Salta y San Luis con 6,5 y 6,7; La Rioja 4,9 y Chaco y Corrientes con 4,1 y 4.

El subregistro sobre la cantidad de abortos practicados es un problema estadístico importante porque no permite conocer las condiciones en las cuales se practican los abortos. Además, invisibiliza la desigualdad en el acceso a un aborto seguro. En este sentido es importante recuperar los registros realizados por la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) y Socorristas en Red.

Desde 2015 REDAAS lleva adelante un registro sobre los abortos legales practicados en el sistema de salud. Los datos provienen de 11 instituciones públicas de salud de 5 jurisdicciones distintas. El registro arroja un total de 3.734 interrupciones legales del embarazo realizadas

¹⁶ <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001229cnt-analisis-mmi-2007-2016.pdf>

¹⁷ <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/causas-egresos/>

hasta 2019 (Ramos y Fernández Vázquez, 2020). Así mismo indican que “la mitad de las mujeres tenía entre 20 y 29 años al momento de la consulta, 75% lo hizo con 12 semanas de embarazo o menos y 8 de cada 10 solicitaron la interrupción por causal “salud”.” (p. 4).

Por otro lado, *Socorristas en red (feministas que abortamos)* - en adelante SenRed -, es una red que articula a 54 colectivas feministas que realizan acompañamientos a personas que buscan interrumpir un embarazo de forma segura, siguiendo los protocolos sanitarios (OMS; Protocolo ILE, IPAAS). La red fue creada en el año 2012 y desde 2014 llevan un registro de la cantidad de acompañamientos realizados. Entre 2014 y 2019 han acompañado a 38.936 mujeres que se realizaron abortos con medicación¹⁸. De ese total, 1.508 mujeres fueron derivadas al sistema de salud público, a través de las redes de articulación entre socorristas y efectores de salud que garantizan la práctica.

Entre 2014 y 2019 se mantuvo un aumento sostenido en la cantidad de mujeres que fueron acompañadas en el proceso de aborto por socorristas. Especialmente entre el 2018 y 2019 donde se registra un salto cuantitativo significativo, en 2018 acompañaron a un total de 7.280 mujeres que decidieron abortar, de ese total 301 (4%) fueron derivadas al sistema de salud. Mientras que en 2019 según la última sistematización realizada por SenRed acompañaron a un total de 12.575 mujeres, de las cuales 802 (5,4%) fueron derivadas al sistema de salud.

1.3.1. Interrupciones Legales del Embarazo en la Provincia de Buenos Aires

Para el caso de la Provincia de Buenos Aires, el último informe de gestión de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, registró un total de 14.330 Interrupciones Legales del Embarazo realizadas entre enero y diciembre del 2020, de las cuales el 52% se realizaron en el primer nivel de atención, en su mayoría en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y el 44% en el segundo nivel, principalmente en Hospitales provinciales, el restante 4% no cuenta con datos. Del total de las ILE realizadas, el 87% se resolvieron durante el primer trimestre de embarazo y 13% durante el segundo trimestre. Respecto a la edad de las personas al momento de la consulta por ILE, el 56% tienen entre 18 y 27 años, mientras que el 34,7% tienen entre 28 y 37 años de edad, y menos del 5% corresponden a menores de 17 años. Respecto al tipo de causal, el 98% de las intervenciones se enmarcaron en la causal salud y el restante 2% en la causal violación. De acuerdo a la cantidad de efectores de salud que garantizan

¹⁸ La medicación utilizada para realizar un aborto sin riesgos es el Misoprostol y la Mifepristona, ambos recomendados por la OMS, aunque la Mifepristona no se encuentra aprobada por la ANMAT en Argentina.

ILE según tipo de efector (hasta diciembre 2020), el 87% de los Hospitales provinciales, el 44% de los Hospitales municipales y el 15% de los CAPS garantizan la práctica.

1.4. Barreras en el acceso a la ILE en el sistema público de salud

Las barreras de acceso a una interrupción legal del embarazo se explican en gran parte por la inviabilidad estructural del sistema de causales (Bergallo, 2018). La penalización parcial del aborto genera determinados déficits que impactan directamente generando barreras de acceso a una ILE.

Bergallo identifica al menos tres tipos de déficits: 1) regulatorios, 2) de información y 3) de desjudicialización. Los déficits en las regulaciones, para el caso de Argentina, se vinculan al problema histórico que fue la interpretación prohibicionista y restrictiva que se mantuvo sobre los artículos 85 y 86 del CPN referidos al aborto no punible hasta la reciente modificación de los mismos en la Ley de IVE. Anteriormente, este problema fue parcialmente regulado en 2012 con el fallo F.A.L. respecto a la causal violación y en 2015 con la actualización del Protocolo de ILE, respecto a la causal salud. Dichos avances, por más parciales y graduales, fueron fundamentales ya que en Argentina y la mayoría de los países donde el aborto se regula en un “sistema mixto” de aborto a demanda durante las primeras semanas de gestación y luego a través de determinadas causales, es allí donde los déficits y obstáculos perduran más allá del avance en materia legal (Ramón Michel y Cavallo, 2018).

En cuanto a la falta de información, Bergallo desagrega éste déficit en tres dimensiones: los registros estadísticos oficiales que den cuenta de la cantidad de abortos realizados y en qué condiciones se practican, el desconocimiento total o parcial de la normativa vigente (en referencia a los artículos 85 y 86 del CPN) y en cuanto a la formación técnica sobre cómo garantizar abortos seguros desde el sistema de salud. No obstante, cabe resaltar que esto no necesariamente es un problema de disponibilidad de la información, ya que en los últimos 20 años el propio Estado a través del Ministerio de Salud de Nación y sus pares en las provincias, organizaciones, instituciones académicas e incluso el movimiento feminista han desarrollado una gran cantidad de material informativo y formativo sobre cómo garantizar abortos seguros dentro y fuera del sistema de salud. Sin embargo, el desconocimiento y principalmente la desinformación sigue siendo una de las principales barreras que opera generando resistencias por parte de los/as profesionales de la salud, en especial médicos y médicas para garantizar este derecho.

Por último, el déficit en la desjudicialización del acceso al aborto legal, hace referencia a la dificultad de evitar la judicialización de una práctica médica como la interrupción de un embarazo que, según la norma, no requiere permiso de la justicia, generando demoras innecesarias (Tajer, 2019). Por tanto, la judicialización innecesaria, se evidencia a través de la demanda de autorizaciones judiciales para garantizar abortos o a sí mismo para criminalizar a quienes lo garantizan o se lo auto practican.

En este sentido, lo que Gutiérrez y Maffeo (2016) llamaron los “efectos performativos” de la ley contribuye en la construcción de una subjetividad de la penalización social tanto de las usuarias del sistema de salud como de los y las profesionales en torno a la práctica del aborto. Es entonces que la garantía de proveer un acceso real a la interrupción legal del embarazo depende en gran parte del consenso social en torno a la práctica y del apoyo político y social que pueda obtener el sistema de salud para legitimar la práctica de la ILE.

Más allá de las barreras que se han generado y perdurado durante más de un siglo en el acceso a un aborto legal a partir de la inviabilidad estructural del sistema de causales, es importante indagar también una dimensión micro que tiene que ver con las lógicas del *campo médico* (Castro, 2010) y de cómo dichas lógicas operan en las prácticas profesionales del personal de salud. Castro, enfatiza en la necesidad de investigar las barreras y las vulneraciones de derechos en el campo de la salud sexual y reproductiva, desde la dimensión de las prácticas profesionales o de las *lógicas-prácticas* que “permitan conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan la práctica profesional” (2010:54). Y sostiene que no solo contribuye a identificar mejor los principales determinantes que operan en las prácticas de obstaculización y vulneración de derechos, sino también en las dificultades que se encuentran para incidir en el desarrollo de una agenda de políticas públicas en salud sexual y reproductiva y su consecuente implementación en el sistema de salud.

Tomamos la definición de *prácticas profesionales* que propone Lilia Blima Schraiber, entendidas como “la producción del trabajo social, distinguiendo las de constituir solamente una acción de aplicación del saber profesional -como es su enfoque en el campo de la sociología de las profesiones- para tomar esa práctica como ejercicio de la técnica en el interior de un proceso de trabajo que se da en determinadas estructuras de producción social” (Schraiber, 2010:15).

En esta línea de análisis, las prácticas profesionales de los/as médicos/as son el resultado de la relación dialéctica entre el *habitus médico* y el campo médico Castro (2010). El *habitus* es producto de la interiorización de las estructuras sociales objetivas que se reproducen de forma

subjetiva a través de los agentes (Bourdieu, 2007). Siguiendo a Bourdieu, Castro, define el habitus médico como “el conjunto de predisposiciones incorporadas -esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales- que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano” (2010:59).

Mientras que la noción de *campo*, en Bourdieu se refiere a “una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones” (Bourdieu y Wacquant, 2005). Así mismo, la condición de existencia del campo se define a partir del *interés específico* que está en juego en dicho campo y de cómo se organizan las posiciones y relaciones de dominación y subordinación en relación a dicho interés (Bourdieu, 2007).

Por tanto, el campo médico, retomando a Castro, se constituye por el conjunto de instituciones que reglamentan la *cuestión sanitaria*, los efectores de salud y de la seguridad social, las instituciones de formación en las distintas disciplinas que hacen a las ciencias médicas, por las personas que transitan por dichas instituciones: formuladores de políticas públicas, profesionales de la salud, docentes y estudiantes, y por los/as usuarios/as del sistema de salud. En cuanto al *interés específico* que define al campo médico, para este autor es:

“El predominio de un grupo -la profesión médica- sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer los esquemas dominantes de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación y evaluación de los diversos actores del campo” (2010:58).

Una característica fundamental del habitus médico es, la autonomía profesional que caracteriza el quehacer de los profesionales de la salud, en particular los/as médicos/as (Schraiber, 2010). Dicha autonomía se origina como elemento central de la práctica médica en la modernidad (Ribeiro y Schraiber, 1994 en Schraiber, 2010) vinculada al surgimiento del modelo biomédico que se caracteriza por otorgarle la potestad del saber-poder a la figura del médico (Foucault, 1977, 1984 en Schraiber, 2010). En síntesis, la autonomía profesional de los/as médicos/as “fue el enlace construido históricamente entre dos cualidades de su práctica: la de un saber técnico-científico y la de un poder político y cultural-moral del ejercicio de ese saber con una regulación externa al corpus profesional (la organización corporativa de los médicos) casi nula” (Schraiber,

2010:15). La autonomía profesional, al igual que el modelo biomédico, continúa vigente, especialmente en la esfera técnica de las prácticas médicas, es allí donde la autonomía genera las posibilidades de negar o garantizar determinadas prácticas o como dice Schraiber de “afirmar o negar lo social, lo cultural y lo ético-político al interior de su acción, al interior de la técnica” (2010:15).

De esta manera la autonomía profesional y técnica, no debe interpretarse como un problema o como una ventaja, más bien como un elemento constitutivo del quehacer médico que habilita al mismo tiempo que constriñe las prácticas de los/las profesionales de la salud. Y nos referimos a profesionales de la salud y no exclusivamente a los/as médicos/as, porque, como señala Scharaiber, el uso de la autonomía entre los/as profesionales y usuarios/as se extiende al amplio conjunto de agentes que habitan, producen y reproducen a través de sus prácticas las reglas del campo médico.

En las habilitaciones que posibilita la autonomía profesional, vinculada al problema de la informalidad del sistema de salud en Argentina (Crojethovic, 2010) es donde quiero detenerme para concluir este capítulo.

El deterioro de los efectores de salud, producto de la falta de recursos, entre otras cuestiones, ha puesto en tensión el diseño de las instituciones de salud como una organización con un funcionamiento racional y planificado, “re definiéndose a lo largo de la historia en función de “lo que hay”. Esto ha provocado que muchos elementos normativos de la estructura organizativa vayan adquiriendo un carácter *ceremonial*, el cual se enfrenta a sus participantes como cierto espacio de *control y posibilidad*” (Crojethovic, 2010:4).

Entonces, es entre la autonomía profesional y la informalidad que empuja a los/as profesionales y trabajadores/as de la salud a dar una respuesta, muchas veces solos/as y sin respaldo institucional (Crojethovic, 2010). Es allí donde se sitúan las prácticas profesionales que dan respuesta a las demandas y necesidades que se presentan cotidianamente en el sistema de salud como “iniciativas no regladas” (Crojethovic, 2010).

De esta manera, sostenemos, como desarrollaremos en el siguiente capítulo, como la informalidad y la autonomía profesional y técnica impactan en la lógica organizacional del sistema de salud, generando un contexto de posibilidades para la creación de dispositivos como las consejerías pre y post aborto dentro del sistema público de salud como *iniciativas no regladas* potenciales de convertirse en políticas públicas impulsadas *desde abajo*.

CAPITULO II. CONSEJERÍAS PRE Y POST ABORTO

El presente capítulo se centra en la experiencia del Municipio de Morón y analiza el proceso de surgimiento y desarrollo de las consejerías pre y post aborto, impulsadas por profesionales, dentro del sistema público de salud, y de cómo este proceso se constituye en un comienzo como *política difusa*, en términos de Fernández Vázquez (2017 y 2018). Más adelante, en el próximo capítulo, se vira la atención al pasaje hacia el modelo de ILE y la conformación del dispositivo de atención de interrupciones legales del embarazo como política pública a nivel local.

Las consejerías pre y post aborto son espacios que brindan acompañamiento e información sobre cómo realizarse un aborto de forma segura. En Argentina, como en otros países de la región, las hay de dos tipos, aquellas que surgen y funcionan dentro de organizaciones de mujeres y feministas y las consejerías profesionales, que surgen dentro de instituciones de salud. Si bien ambos modelos comparten la estrategia del acceso a la información respecto a cómo realizar abortos seguros con medicación, lo hacen desde distintos enfoques. Para el caso de las primeras, se inspiraron en el movimiento de liberación de la mujer, surgido en EE. UU en la década del 70, donde el acceso a la información y a la medicación, fueron estrategias políticas que apuntaban a fortalecer la autonomía reproductiva de las mujeres. Para el caso de las consejerías insertas en instituciones de salud, el acceso a la información se centra en la perspectiva de reducción de riesgos y daños, sobre determinadas prácticas realizadas en contextos restrictivos (Ramón Michel y Cavallo, 2018).

En Argentina ambos modelos de consejerías pre y post aborto comenzaron a funcionar en simultáneo, aunque de forma aislada, tanto en organizaciones feministas como en instituciones de salud. Algunas de las primeras consejerías fueron la línea telefónica “Más información, menos riesgos” de la organización Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto que comenzó a funcionar en 2009 (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018) y en el sistema público de salud, a partir del año 2003 aproximadamente, se identifican las primeras experiencias en el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, el Hospital Durand y algunos Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC) en CABA. En provincia de Buenos Aires, dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en Morón y otro en San Martín y, por último, el Hospital José Ingenieros en La Plata (Dosso, 2013).

El surgimiento de estos dispositivos en un contexto de criminalización del aborto “se sustentan sobre los principios que rigen las relaciones entre profesionales y pacientes, contenidos en la Ley Nacional 26.529, en particular, en el deber de confidencialidad de los/las profesionales de la salud, en el principio de autonomía de los/las pacientes y el derecho de éstos a recibir

información confiable con respecto a su salud” (Fernández Vázquez, 2017:92). Ante la ausencia de legislación, a nivel nacional que las amparen, ese fue el marco legal en el cual se encuadraban las consejerías, excepto por la provincia de Buenos Aires que reglamentó las consejerías en la Ley 14.738 de Consejerías pre y post aborto. Sin embargo, la misma es bastante escueta y carece de definiciones importantes sobre su proceder y funcionamiento.

Las consejerías pre y post aborto en el sistema público de salud surgen como *iniciativas no regladas*, impulsadas por profesionales de la salud, como respuesta a demandas y problemáticas cotidianas que la institución como estructura formal más rígida no puede resolver (Crojethovic, 2010, en Fernández Vázquez, 2017). Es en este sentido que los dispositivos de consejería emergen como respuesta informal al problema de la mortalidad y morbimortalidad materna asociada a los abortos inseguros, los cuales no encontraban respuesta dentro del sistema de salud desde una política de prevención (Checa, Erbaro y Schwartzman, 2006). Si bien la respuesta se enmarca en una práctica informal, las mismas son coherentes con los objetivos de la institución (Crojethovic, 2010). En este caso, reducir los riesgos evitables, producto de abortos inseguros. Este dispositivo de atención se inspiró en la experiencia uruguaya de las políticas de reducción de riesgos y daños para revertir las altas tasas de mortalidad materna (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018).¹⁹

Si bien, las consejerías surgen como iniciativas no regladas, caracterizadas por un bajo nivel de institucionalidad, en algunos de los casos han logrado, a través de procesos graduales de institucionalización, constituirse en políticas públicas locales. Tal es el caso de los dispositivos de atención a mujeres en situación de aborto que funcionan desde el año 2006 en el sistema público de salud del municipio de Morón. La investigadora Fernández Vázquez afirma que las consejerías pre y post aborto, son producto de prácticas no reguladas de los/as profesionales de la salud, que, a su vez, dieron lugar al surgimiento de *políticas difusas*, “políticas imprecisas, que no han sido planificadas y que se caracterizan por un nivel reducido de institucionalización” (2017:88). Esta conceptualización, busca distinguir estas prácticas de la política pública tradicional, a partir de sus diferencias con el camino formal que teóricamente atraviesa una política pública, a saber “la planificación y el marco institucional necesarios para que esta se

¹⁹ “Este modelo comienza a gestarse en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell de Montevideo, en el 2001, a partir de un estudio sobre la situación epidemiológica del aborto provocado, que encuentra en éste la primera causa de muerte de las gestantes. Ante esta situación, los/las profesionales conceptualizan la clandestinidad del aborto como un problema de salud pública, que éticamente no pueden seguir ignorando. El modelo de reducción de riesgos y daños que toma su nombre de las políticas de drogas, propone brindar información sobre cómo acceder a un aborto seguro, para reducir las consecuencias sobre la morbimortalidad materna. En 2004, la iniciativa obtiene el reconocimiento del Ministerio de Salud y se institucionaliza a través de la ordenanza ministerial N° 369” (Briozzo 2002; 2007, en Fernández Vázquez y Szwarc, 2018:167).

implemente, siguiendo unos lineamientos concretos” (Fernández Vázquez, 2017:94). En este sentido las características que definen a las políticas difusas son:

“1) la inexistencia de una planificación y regulación estatal que imponga lineamientos sobre la implementación de esa política, 2) la identificación del problema, la definición de soluciones y la implementación de la política por quien se encuentra más próximo a las personas usuarias de las políticas, los/las efectores; 3) nivel elevado o moderado de institucionalización que permita la continuidad de la política en el medio y largo plazo; 4) las representaciones y significados que los/las usuarios/as de la política le atribuyen a ésta, no difieren de otras políticas desarrolladas por el Estado, es decir, estos/as usuarios/as tienen el mismo vínculo con los/las efectores, quienes son agentes estatales, que cuando éstos brindan otro tipo de atención; 5) la difusión de estándares sobre la implementación de la política se produce a través de los/las efectores” (Fernández Vázquez, 2017:95)

La experiencia del municipio de Morón responde a estas características, ya que allí no existió hasta el 2013 una reglamentación que regule los dispositivos de consejería que habían comenzado a funcionar en el año 2006, por tanto, las mismas funcionaron dentro del sistema público de salud sin un marco institucional regulatorio que formalice y regule la práctica.

En segundo lugar, como se verá a continuación, quienes impulsaron la creación de las consejerías fueron en sus comienzos equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de la psicología y el trabajo social, que asistían a las mujeres que acudían al sistema de salud con complicaciones producidas por abortos practicados en condiciones de riesgo²⁰ y fue a partir de esas experiencias, que surgieron las primeras iniciativas que dieron lugar a las consejerías como una respuesta al problema.

En tercer lugar, las consejerías pre y post aborto se sostuvieron mediante diversas estrategias que buscaron, por un lado, el reconocimiento, acompañamiento y provisión de recursos e insumos por parte de las autoridades del gobierno municipal y, por el otro, la institucionalización y apropiación del dispositivo por parte de los efectores.

En cuarto lugar, las consejerías llegaron a funcionar en 7 de los 13 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y en el Hospital de Morón. Por último, en quinto lugar, desde que comenzaron a funcionar las consejerías se conformó un espacio de encuentro entre los equipos

²⁰ El aborto provocado en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias, o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos.

de las consejerías con el fin de compartir información que contribuya a la construcción de estándares de atención. Este espacio se sostuvo hasta la actualidad e incluso fue rápidamente enmarcado dentro de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio.

La experiencia de Morón nos permite identificar el proceso de conformación de una política difusa de atención de abortos y de cómo a través de un extenso y sinuoso proceso, se constituyó como una política pública a nivel local.

2.1. Primeras respuestas al problema del aborto en un contexto de informalidad y criminalización: la creación de las consejerías pre y post aborto

El Municipio de Morón cuenta en la actualidad con 15 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social de Morón, que componen el primer nivel de atención del sistema de salud. A su vez cuenta con un Hospital Municipal con servicios de hasta tercer nivel de atención²¹. El sistema público de salud se organiza en sus diferentes efectores de acuerdo a los niveles de complejidad de la atención. Los dispositivos de atención a mujeres en situación de aborto funcionan desde el año 2006 en entre 5 y 7 de los 13 CAPS de Morón²² y en el Hospital a partir del 2017. En esta investigación nos enfocamos en el CAPS “Mercedes Sosa” ubicado en la zona sur del territorio Moronense.

Las primeras consejerías pre y post aborto que comenzaron a funcionar en el sistema de público de salud en Morón, fueron impulsadas especialmente por psicólogas y trabajadoras sociales, a partir de sus propias experiencias profesionales en torno al problema del aborto practicado de forma riesgosa. Así lo describe una de ellas mientras realizaba la residencia en un Hospital de CABA antes de comenzar a trabajar en Morón:

“Una mujer que entrevistamos un día, estaba lúcida, despierta, hablando bárbaro... se había hecho un aborto con una sonda, nos contó cuál era su contexto, ella era enfermera sabía que era peligroso, lo hizo igual, tenía una hija de 6 años...en un momento nos dice que no se sentía bien que estaba llamando a la médica porque no se sentía bien, nadie la atendía. Me acuerdo

²¹La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado (OPS / OMS, 1986). “El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados” (Van der Stuyft y De Vos, 2008).

²² Esta información proviene de las entrevistas realizadas durante el 2019, por lo tanto, se desconoce si luego de esa fecha, el número de efectores que garantizan ILES se modificó o no, teniendo en cuanto que luego de esa fecha se pusieron en funcionamiento dos CAPS más.

que fuimos a su historia clínica y vimos que tenía los glóbulos blancos re altos y dijimos que raro, nosotras hablamos con una médica que estaba ahí le dijimos que no se sentía bien, nos dijo: si ahora la veo... bueno, nosotras nos fuimos, al otro día volvimos y no estaba más, estaba en terapia intensiva, había avanzado la infección. No supimos si no fue bien atendida o que. Finalmente, esa mujer murió. Para mí, para nosotras, fue realmente ver... sentir en carne que fue por aborto, aparte una mujer bien lucida que hablaba... de pronto, así infección... (Ex trabajadora social, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Este testimonio da cuenta de un elemento constitutivo de las consejerías, que tiene que ver con las deficientes condiciones en las cuales las mujeres terminan con un embarazo. Comprender la complejidad del problema del aborto inseguro y la escasez de herramientas para atender la problemática desde el sistema de salud, la llevó en este caso a esta profesional a comprender que no era solamente un problema de falta de acceso a la información sobre el riesgo del aborto provocado en condiciones de riesgo, sino que continuar un embarazo no deseado, puede causar tal padecimiento, al punto de poner en riesgo la propia vida. La anécdota de la enfermera que se practicó un aborto a pesar de que “*sabía que era peligroso, pero lo hizo igual*” fue, para la entrevistada, un momento bisagra en su trayectoria profesional. Este tipo de relatos son comunes al de las otras entrevistadas para este estudio. Cuando se les consultó sobre sus primeras experiencias como profesionales de la salud en relación al aborto y de cómo experiencias como la descrita anteriormente impulsaron a la mayoría de ellas a formarse y a organizarse dentro de los efectores, para dar respuesta a estas mujeres, sostienen:

(...) estábamos formándonos con esto de la reducción de riesgos y daños con el tema de adicciones y de VIH, y dijimos tenemos que hacer algo así con el aborto, porque en ese momento no teníamos la claridad de que era legal, como después pudimos empezar a hacer valer. Dijimos bueno es ilegal, es ilegal al igual que otras prácticas, pero no importa, no nos vamos a meter con la legalidad e ilegalidad, nosotras como profesionales de la salud tenemos que hacer algo para reducir el riesgo relacionado a esta práctica que es ilegal, entonces ahí empezó a surgir esta idea” (Ídem).

Como menciona la entrevistada, el paradigma de reducción de riesgos y daños, fue un marco conceptual y empírico desde donde comenzar a pensar posibles intervenciones desde el sistema de salud, que redujeran los daños ocasionados por abortos practicados en contexto de riesgo. En este sentido, la experiencia de Uruguay fue un antecedente fundamental que, vinculada al conocimiento y disponibilidad en Argentina, del uso de misoprostol como medicamento

abortivo, explican en parte el surgimiento de las primeras consejerías en instituciones de salud (Ramón Michel y Cavallo, 2018).

Por tanto, las consejerías consistían en una primera consulta o primera escucha de la mujer. Como hemos caracterizado, el carácter clandestino de la práctica otorgaba un grado de padecimiento subjetivo (Tajer, 2019) que requería, en muchos casos, de contención por parte de las profesionales. En este sentido, el rol de las psicólogas en los equipos interdisciplinarios resultaba fundamental. Luego de la primera escucha se le solicitaba a la mujer que se realice una ecografía para chequear efectivamente la existencia del embarazo y la edad gestacional del mismo. En una segunda sesión se estudiaba la ecografía y se le indicaba el proceso de toma de la medicación (misoprostol), y en que farmacias se podía conseguir sin receta. Finalmente, se les solicitaba a las mujeres que regresen una vez realizada la interrupción, con una ecografía, para chequear que se haya expulsado todo, completando así la ruta de atención del modelo de consejerías pre y post aborto.

En síntesis, estos dispositivos, se caracterizaron por: 1) brindar información sobre cómo realizarse un aborto seguro con pastillas y de forma ambulatoria. 2) No entregar la medicación ni recetarla, siendo que la práctica del aborto constituía un delito y las causales del CPN no se conocían en detalle, hasta el momento. 3) La presencia de un equipo interdisciplinario conformado inicialmente por profesionales de la psicología y el trabajo social, en menor cantidad profesionales de la medicina.

2.2. De la informalidad a la institucionalización: desclandestinizando la atención de abortos

Las primeras consejerías pre y post aborto, comenzaron a funcionar de forma aislada en dos Centros de salud alrededor del año 2006. Lo hicieron caracterizados por cierta clandestinidad, como lo describe una de las psicólogas que impulsó la consejería en el CAPS Mercedes Sosa:

“Nosotras también trabajábamos en un clima de bastante clandestinidad. Si bien estábamos convencidas, ideológicamente del abordaje, también nos daba medio cagazo (...) nosotras enunciábamos que en nuestro país el aborto era ilegal y que por lo tanto lo único que podíamos hacer era esto: acompañar en el antes y en el después. Eso se lo decíamos a las personas que consultaban, pero también era el modo en que presentábamos el dispositivo, y, por lo tanto, enunciar desde el vamos esa ilegalidad, ahí, como núcleo de la práctica, generaba la clandestinización de la práctica” (Psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Lo cierto es que el mismo desarrollo de las consejerías le fue quitando el carácter clandestino a la práctica:

“En ese momento, lo que a mí me sirvió fue eso, empezar a escuchar a esas mujeres que venían a las consultas, y empezar a encontrar que producía mucho alivio tener un espacio de escucha, un espacio de orientación, y, sobre todo, los efectos posteriores también. Eran efectos de haberse sacado semejante mochila de encima. Por eso me parecía que ahí era importante esto, que también desclandestinizaba esa decisión de la mujer que no lo iba a hacer absolutamente sola, en condiciones de riesgo” (Ídem).

En este proceso de lenta institucionalización de los dispositivos, las profesionales de la salud comenzaron a procurar 1) un reconocimiento o aval político-institucional de parte de las autoridades municipales y la obtención de recursos necesarios para la implementación de las consejerías (horas de medicina general y turnos de ecógrafo), 2) la formación en marco legal y técnicas de interrupción (uso del misoprostol), 3) la difusión del espacio de consejería y 4) la sistematización de las historias clínicas para mostrar resultados y mejorar la práctica. Institucionalizar los espacios de consejería no implicaba únicamente un objetivo, sino que también da cuenta de la forma de *gestionar* dentro del sistema público de salud. Es decir que en la medida en que no daban cuenta del trabajo realizado en las consejerías, difícilmente podían solicitar mayores recursos. Formalizar las consejerías, para las profesionales de la salud, implicaba *desclandestinizar* la práctica profesional, proceso que ellas mismas como trabajadoras dentro del sistema de salud también fueron atravesando.

En cuanto a la búsqueda del reconocimiento formal por parte de las autoridades municipales, las primeras estrategias se enfocaron en presentar un proyecto de atención de la salud a través de la promoción del acceso a la información sobre como practicarse un aborto seguro, desde el paradigma de reducción de riesgos y daños. Para ello, el discurso de la salud pública fue estratégico:

(...) siempre aprendimos a hablar con funcionarios, con muchos argumentos, como una estrategia en el sector salud, hablar de estadísticas, hablar en términos de prevención de la mortalidad. En ese momento (año 2006) hicimos mucho hincapié en eso, para poder fundamentar un discurso muy basado en la salud pública, donde no aparecía tanto el derecho a elegir, el derecho a la autonomía. Si bien, nosotras lo teníamos re contra incorporado, y

después lo hicimos valer cada vez más, pero siempre fuimos desde un discurso desde la salud pública. (Ex trabajadora social, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Según las entrevistadas, el municipio recibió con bastante aceptación el proyecto de consejerías pre y post aborto que presentaron ante las Áreas de Género y de Atención Primaria de la Salud a fines del año 2006, aunque de acuerdo a las entrevistadas, el acompañamiento del municipio, si bien fue sostenido en el tiempo, mantuvo hasta el final de la gestión cierta contradicción entre lo discursivo y lo práctico:

“Era como si bien en el discurso, era como importante, digo, el gobierno de la gestión había presentado un proyecto de legalización del aborto, en lo ideológico no había problema, pero después para poner los recursos para poder dar una respuesta adecuada fue una lucha constante, y muy malas condiciones de trabajo en el municipio, muy mal pagas. Entonces por ahí enganchabas un médico, pero se iban por las malas condiciones. Les decíamos mejoren las condiciones porque es importante hacer este trabajo y ahí ellos siempre contestaban “no podemos hacer nada”” (Ídem).

Al comienzo de la creación de las primeras consejerías en Morón el contexto era muy distinto al actual. El aborto constituía un delito y las causales permitidas en el CPN se desconocían por completo. En este sentido, las redes y alianzas que las trabajadoras sociales y psicólogas generaron con las organizaciones e instituciones sociales, vinculadas a la temática del derecho al aborto, fueron fundamentales en la formación sobre el marco legal y las técnicas de interrupción:

“Empezamos a encontrar esas herramientas dentro de las compañeras feministas. O sea, las primeras herramientas que yo y muchas compañeras del sector salud, empezamos a tener para trabajar cuestiones de salud sexual y reproductiva y aborto, fueron de las compañeras feministas. Nosotras ya en ese momento habíamos hecho un curso, me acuerdo, en Mujeres al Oeste con Zulema Palma, con Martha Rosemberg... que me acuerdo que se llamó “Aborto: aspectos médicos, jurídicos y sociales”, entonces, ya ahí, éramos personas que ya veníamos con un esquema en relación a derechos, a quien es el sujeto que tenemos en frente como profesionales.” (Ídem).

Si bien las entrevistadas afirman no haber recibido ningún tipo de formación en torno a la problemática del aborto ni, más ampliamente, sobre derechos sexuales y reproductivos, en su formación profesional, las que provenían de disciplinas como trabajo social y psicología contaban con la ventaja de una formación orientada al “sujeto que tienen en frente” (entrevista a psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa). Para las psicólogas y trabajadoras sociales lo

que les hacía falta eran herramientas técnicas para dar respuesta a una demanda que el sistema de salud no estaba dando:

“Eso sí, me sirvió el psicoanálisis. Pero porque para mí era poder escuchar lo que les pasa a las personas y cual era aquello que les angustia, y poder hacer algo con eso. No había en ningún lado escrito el rol de... por ahí ahora hay como un poco más, pero el rol del psicólogo, la psicóloga, en consejerías pre y post aborto, aunque haya algún texto escrito, incluso por alguien del área psi. Pero no, no había materiales. Si, cuando te hablo de la formación, tenía que ver fundamentalmente con la formación técnica. De saber cómo orientar a esas personas”. (Psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

En busca de estas herramientas técnicas, fue, a través de las organizaciones de mujeres y feministas que recibieron las primeras formaciones sobre el uso de misoprostol:

“(...) habíamos tenido una formación, que la dio “Mujeres al Oeste” y “Pan y Rosas”, en provincia de Buenos Aires. Trajeron a dos médicos españoles que tenían mucho manejo de uso de misoprostol, hacían abortos con misoprostol, recién se empezaba a escuchar la palabra misoprostol u Oxaprost (año 2003, 2004). Apareció esta formación y fue clave, porque estos tipos tenían mucha experiencia y nos dieron mucha seguridad.” (Ex trabajadora social, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

El misoprostol es un elemento fundamental para la práctica del aborto y lo es también para el efectivo funcionamiento de los dispositivos de atención a mujeres en situación de aborto. En el año 2005 la OMS declaró al misoprostol como medicamento esencial por su nivel de seguridad y efectividad para la realización de abortos. El uso del misoprostol como medicamento abortivo, se identificó originalmente, en usos populares de mujeres brasileñas a alrededor del año 1986. Posteriormente, se comenzó a identificar su uso, por parte de mujeres argentinas de forma “doméstica” es decir por fuera de las indicaciones de profesionales de la salud. A partir de los relatos de estas mujeres es que los/as médicas comienzan a escuchar del uso abortivo de esta droga y a cerciorarse de su efectividad (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018). “El método con medicamentos se expandió y ha cambiado la práctica del aborto, así como la experiencia y posibilidades de muchas mujeres” (Ramón Michel y Ariza Navarrete, 2017, en Ramón Michel y Cavello, 2018:42). Desde ese entonces y hasta la actualidad, el misoprostol se convirtió en un objeto político estrechamente vinculado al derecho al aborto sin riesgos en Argentina y otros países de la región, donde persisten normativas restrictivas.

En nuestro país, recién en 2018 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), autorizó al Laboratorio Privado Domínguez a producir y comercializar (exclusivamente en el ámbito hospitalario) misoprostol en dosis de 200 mcg. para la realización de abortos, de acuerdo a la normativa vigente de ese entonces.²³ Al año siguiente, el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) de Santa Fe se convirtió en el primer laboratorio de gestión estatal en producir misoprostol para uso abortivo, el cual obtuvo en febrero del 2021 la aprobación de la ANMAT para distribuir y comercializar el medicamento al resto de las jurisdicciones a través del Ministerio de Salud Nacional. Previamente, el misoprostol era producido y comercializado exclusivamente por el laboratorio privado Beta detentando un monopolio absoluto que le permitía ofrecerlo al mercado a precios que limitaban el acceso.

En este contexto, y como señala una de las médicas entrevistadas, el acceso al misoprostol fue un obstáculo determinante para el efectivo funcionamiento de las consejerías pre y post aborto. Conseguir el misoprostol dependía completamente de la mujer. A lo sumo, desde las consejerías se les ofrecía un listado de farmacias amigables donde podían conseguirlo sin receta:

“Había farmacias que vendían en ese momento sin receta. No eran muchas, pero había, y a un costo por ahí más elevado. Por ahí en otro lugar se conseguía, no sé, recursos, internet. (...) pero bueno, la mujer con tal de interrumpir el embarazo hace lo que sea, ¿no?, es una situación límite, desde vender el teléfono, hasta hemos escuchado cosas, como sacar un crédito, bueno. Lo que sea para conseguir la medicación...” (Médica generalista, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Las organizaciones de mujeres y feministas, en especial las que se encontraban en el territorio de Morón, como Mujeres al Oeste y Conurbanas por la Diversidad, jugaron un rol fundamental no solo en la generación de instancias de formación sino en las estrategias de incidencia política para la creación de las primeras consejerías en el municipio. Como mencionamos anteriormente, en un comienzo, las consejerías funcionaban de forma aislada, en ese entonces Mujeres al Oeste, comenzó a convocar a reuniones de articulación de las consejerías en su espacio, con el fin de articular acciones y fortalecer las incipientes consejerías que comenzaban a funcionar dentro del sistema de salud. Este espacio llegó a reunirse una única vez, ya que luego fueron convocadas por la gestión municipal, desde la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Desde ese entonces, las reuniones se continuaron realizando en una Unidad de Gestión Comunitaria (UGC) del municipio. Este espacio, que llamaban “ampliado de

²³ <https://www.cels.org.ar/web/2018/08/el-anmat-autorizo-el-uso-obstetrico-del-misoprostol/>

consejerías”, años más tarde fue albergando a todos los equipos de consejería que se fueron conformando en Morón, y la coordinación estuvo a cargo de distintos funcionarios del municipio, vinculados a la Dirección Municipal de Salud Sexual y Reproductiva.

La participación de las referentes de las organizaciones feministas y de mujeres de Morón en calidad de ciudadanas, fortalecía la legitimidad del espacio, las demandas y las prácticas que se realizaban desde las consejerías. En este sentido, la articulación entre la gestión municipal, el sistema de salud y las organizaciones feministas, para las profesionales de la salud, constituía una “alianza estratégica.” Años más tarde, este espacio se volvería fundamental para repensar la práctica y el modelo de atención de abortos, generando las condiciones para el pasaje al modelo de ILE, a través de un cambio de paradigma en torno a la práctica del aborto, cada vez más alejada del lugar clandestino al que la historia, a la justicia y el propio sistema de salud la había empujado.

Si bien las primeras consultas que recibían en las consejerías provenían de la boca en boca, el dispositivo apuntaba a alcanzar a todas las mujeres que se encontraran en situaciones de embarazos forzados o no buscados. Para esto, la difusión del espacio constituyó un objetivo central. Sin embargo, recién en 2015 lograron que el municipio produzca los primeros materiales institucionales de difusión:

“Nosotras a todos lados donde íbamos decíamos que hacíamos esto, a la gremial, a la comisión de género e insistíamos en las reuniones que teníamos con la gestión en que teníamos que hacer carteles y ponerlos por ejemplo en las comisaría donde las mujeres iban a denunciar las violaciones. Pero nunca se hicieron esos carteles, nosotras teníamos muchas ideas, teníamos un conocimiento del campo (...) sabíamos cuáles eran los puntos clave, lo que hicimos fue tocar los puntos clave que nosotras podíamos tocar” (Ex trabajadora social, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Los puntos claves que menciona la entrevistada eran las salas de espera del CAPS o mesas de entradas donde se solicitaban los turnos, y también en enfermería. En un principio identificaban algunas resistencias por parte de las áreas administrativas del CAPS, pero las mismas parecían ser síntoma del carácter clandestino que se le atribuía a la práctica. Más que resistencias morales al tema del aborto, lo que identificaban era mucho temor a verse involucradas en una situación que pudiera poner en riesgo su trabajo. Por esto, la búsqueda por la *desclandestinización* también debía llevarse a cabo al interior de los efectores:

“Convencer a las compañeras administrativas, a las enfermeras como a las obstétricas, contarles qué estábamos haciendo, desde que lugar, que era muy importante (...) yo creo que a todas les resultaba, primero, bueno, la seguridad que vos les dabas de lo que ibas a hacer cómo lo ibas hacer, pero ponele las obstétricas y las enfermeras, a enfermería les llegaban muchos casos, es donde más se consulta, si vos tenes una consulta de salud, vas con las enfermeras, es a quienes sienten más cercanas... entonces ahí empezamos a hablar con las enfermeras e hicimos dos cosas: un cartel para la sala de espera bien grande y clarito, me acuerdo que el primer cartel de la consejería decía: “ATENCIÓN A LA MUJER EN SITUACION DE ABORTO”” (Ídem).

La difusión a través de la cartelería y del boca en boca fue una estrategia fundamental, no solo para dar a conocer el dispositivo de atención, sino para que fuera apropiado por los/as usuarias del sistema de salud e incluso incorporado dentro del sistema de derivación entre los distintos efectores de salud:

“El dispositivo funcionó muy bien por varias cosas: por accesibilidad, día y horario sin turno fijo, y después el boca en boca. También lo habíamos difundido en todos los lugares del municipio, entonces nos llegaba alguien de Tránsito, de Desarrollo Social, todos sabían que funcionaba la consejería, el hospital también sabía que funcionaba la consejería y un médico nos empezaba a derivar gente” (Ídem.)

Por último, la sistematización de los casos a través de las historias clínicas fue fundamental para medir resultados y conocer más en detalle qué funcionaba y qué no respecto del tratamiento médico. El equipo del CAPS Mercedes Sosa había tomado la decisión desde el comienzo de registrar las intervenciones en historias clínicas como una forma de darle institucionalidad a la práctica. Las historias clínicas las diseñaron, ellas mismas, a partir de las variables que identificaron como relevantes:

“La historia clínica la armábamos nosotras, empezamos a aprender qué cosas eran importantes y relevantes, qué variables eran relevantes registrar en la historia clínica desde la edad gestacional y así aprendimos, porque no había clínica del uso de misoprostol, porque los países donde es legal se usa mezclado con el mifepristona entonces misoprostol solo (en referencia a recetar solamente misoprostol) había como un montón de dudas, lo uso a partir de la semana siete porque antes no se puede, pero después supimos que no, no es así, que se puede hacer de antes, bueno probemos desde antes, registremos y veamos si tiene éxito. Si no tiene éxito bueno,

entonces armamos todo un esquema con el registro de las ecografías de la edad gestacional...”
(Ídem).

Estos antecedentes les permitieron en 2013, cuando se encontraban ya realizando algunas ILE en el marco de las causales del CPN, realizar una sistematización de 110 historias clínicas y 10 entrevistas en profundidad a mujeres que se habían realizado abortos con medicación. Esta investigación les permitió indagar, entre otras cosas, en el “manejo del dolor”. Las profesionales descubrieron que el dolor se había subestimado, por lo que comenzaron a consultar en el post interrupción si habían sentido dolor:

“Entonces empezamos a darle lugar a esto ¿y te dolió? “Si... en un momento pensé que me moría” y del 1 al 10 ¿cuánto? 10, 8, otras que no, entonces empezamos a introducir el tema del manejo del dolor, hay que dar analgésicos, ¿y que damos?” (Ídem).

Con el descubrimiento del manejo del dolor, comprendieron que también era el dolor lo que las llevaba a las mujeres a una guardia:

“El dolor que yo empecé a ver era lo que hacía que vayan a una guardia, no era una hemorragia, porque el misoprostol solo sin mife (en referencia a la mifepristona) tiene más dolor, porque abre el cuello del útero a fuerza de movimientos (...) Lo que hicimos fue empezar a protocolizar ibuprofeno y en la entrevista post, preguntar si dolió o no, del 1 al 10 cuanto, y comparar con las mujeres que no tomaron a ver si el ibuprofeno hacía algo” (Ídem).

Las mismas profesionales de la salud, de esta manera, construyeron los estándares de atención. Este tipo de relatos ilustran el concepto de *políticas difusas*. No obstante, las mismas entrevistadas reconocen el nivel de precariedad que tenían las consejerías al ser implementadas únicamente por trabajadoras sociales y psicólogas. La demanda por horas de medicina general para el dispositivo de atención de abortos era de las principales demandas que sostuvieron desde el comienzo.

2.3. Limitaciones del modelo de consejería pre y post aborto

La creación y el creciente desarrollo de las Consejerías pre y post aborto descrito en las páginas anteriores trajo aparejado el aumento de la demanda de consultas e intervenciones, pasando de un total de 35 mujeres atendidas en los dispositivos de atención a la mujer en situación de aborto en el año 2007 a 346 mujeres en 2014²⁴ (Matía, et al., 2016). Sumado al contexto social y

²⁴ Estos datos refieren a 2 Centros de Atención Primaria de la Salud de Morón, uno de ellos es el “Mercedes Sosa.”

político donde el tema del aborto, especialmente después del fallo F.A.L., comenzó a tomar cada vez mayor lugar en la agenda pública. El ejercicio de la escucha en cada consulta y la apropiación cada vez mayor por parte del equipo de profesionales comenzaron a hacer cada vez más visibles las limitaciones que presentaba el modelo de consejería pre y post aborto. En un nivel simbólico, persistía la concepción del carácter clandestino de la práctica. Por tanto, parte de las limitaciones eran producto del lugar desde donde se concebía la práctica y se sostenía el dispositivo. Por otro lado, el debate en torno al modelo de causales del CPN sobre que abortos son no punibles comenzaron a abrir el juego sobre la interpretación de las causales:

“Se empezó a generar como algunos ruidos en esa interpretación tan restrictiva, que nosotras también teníamos absolutamente incorporada respecto de la letra de la ley. Y, ya antes del fallo F.A.L empezaron a llegarnos algunas situaciones de violencia sexual, y empezamos, a partir de ahí, a preguntarnos ¿que hacíamos con esto?, y a encuadrarlas como ILE. También, algunas situaciones de riesgo a la salud física. (...) para mí fue un logro hablar de ILE y no de “aborto no punible”, porque me parece que habla de la perspectiva de derechos y no de la penalización...” (Psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Los casos que menciona la entrevistada que de alguna manera fueron paradigmáticos para ellas, desbordaron los límites del modelo de consejerías y comenzaron a plantear otro escenario y la necesidad de articular otros recursos más allá del Centro de Salud, como es la derivación al hospital para los casos que exceden las 12 semana de gestación. Esto las empujó a armarse de argumentos legales, pero especialmente a plantear la intervención desde este otro paradigma:

“Partimos de esto: del derecho a decidir de la mujer, digamos, de cambios de paradigma que también, si bien por ahí yo, al tener una residencia en medicina general, el modelo biomédico, digamos, nunca lo tuve mucho que deconstruir, digamos esto, que sea el médico el que tiene la propiedad o la capacidad de decidir sobre la mujer y bueno, de a poco ver esto, las cuestiones de derecho, de género, y bueno, esos serian como los cambios más grandes de paradigma que yo atravesé.” (Médica generalista, equipo de ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Por tanto, el pasaje del modelo de consejerías al modelo de ILE, es una consecuencia del desarrollo del dispositivo y de la adecuación del mismo a las usuarias. Las diferencias que identificamos entre ambos modelos, son más bien, las características institucionales que hacen al dispositivo, pero como hemos dicho, las mismas emergen del accionar colectivo de las/os profesionales de la salud, desde abajo hacia arriba, en un contexto favorecido políticamente por la gestión de turno, cuestión que era bastante excepcional en ese entonces.

CAPÍTULO III. CAMBIOS Y CONTINUIDADES: EL PASAJE AL MODELO DE ILE

El pasaje entre del modelo de consejerías pre y post aborto al modelo de atención de Interrupciones Legales del Embarazo (Modelo ILE) forma parte de un proceso dinámico, en el que ambos modelos coexistieron en la práctica. El modelo de atención de ILE se define por resolver aquellas interrupciones que se encuadran en las causales del Código Penal, debe ser un/a médico/a diplomado quien certifique formalmente la interrupción, esto quiere decir que indique y justifique la causa (de acuerdo a los artículos 85 y 86) por la cual se le practica una interrupción y debe quedar registrado en la historia clínica. A su vez la mujer que solicita la ILE debe firmar un consentimiento informado. En la mayoría de los casos -y mientras sea durante las primeras 12 semanas de embarazo-, la interrupción se practica de forma ambulatoria utilizando misoprostol y con el seguimiento del equipo de salud. En los casos posteriores a las 12 semanas se resuelve en el segundo nivel de atención, con medicación y/o a través de la práctica de legrado o la técnica de aspiración manual endouterina²⁵ (AMEU).²⁶

El presente capítulo analiza el proceso de conformación del dispositivo de atención de Interrupciones Legales del Embarazo, desde un enfoque multiescalar²⁷. Este enfoque, permite transitar entre distintas escalas de análisis en simultáneo, en una propuesta que busca la simetría metodológica entre una dimensión macro y otra micro sobre un mismo fenómeno social, “las características de una realidad social dependen de la escala de observación. En cada escala (una ciudad, un barrio, una región) las experiencias son distintas, ya que implican una vivencia personal pero también la de grupos y comunidades, y asimismo la dinámica de funcionamiento de instituciones, niveles de gobierno, normativas y leyes” (Gayol y Kessler, 2018:18-19)

²⁵ La Aspiración Manual Endouterina, es una técnica médica para retirar el contenido del útero a través del cérvix por medio de una cánula y una jeringa grande. Se puede practicar en pacientes que cursan un embarazo de hasta 14 semanas de gestación.

²⁶ Esta descripción de la ruta de la ILE es en términos teóricos, lo que sucede en la realidad puede no responder en su totalidad a lo descrito aquí. Por ejemplo, de acuerdo a información relevada en el marco de esta investigación, en los casos de las ILE que se derivan al segundo nivel de atención, en varios efectores, como es el caso del Hospital estudiado en esta investigación, reciben únicamente hasta la semana 15, por lo tanto, aquellas personas que exceden esas semanas y no logran ser atendidas en el sistema de salud, muchas veces son derivadas a las socorristas o al Centro de Salud de FUSA AC. Lo mismo sucede con el acceso a la práctica de AMEU, actualmente en muy pocos efectores del país, se cuenta con este recurso, por tanto, el legrado es la única opción disponible, aunque sea una práctica no recomendada por la OMS.

²⁷ El concepto de escalas está interrelacionado con los principios de la sociología pragmática francesa que a partir del postulado de la simetría entre los conocimientos de los actores y de los investigadores, permite el pasaje de la *situación* a la desingularización de los fenómenos, pudiendo así construir marcos de referencia globales. Algunas investigaciones que utilizan el enfoque multiescalar son: Boltanski y Chiapello (2002), Cerutti (2015) y Gayol y Kessler (2018).

Esta investigación se enfoca, por un lado, en una escala macro vinculada al contexto social y político que favoreció la transición a un modelo de atención de abortos basado en el paradigma de la ILE. En este nivel de análisis es posible identificar al menos tres indicadores que dan cuenta del proceso de institucionalización de una política pública sobre aborto en Morón: 1) en 2013 el Municipio reconoció formalmente a las consejerías pre y post aborto como política pública local a través de la ordenanza municipal de adhesión al Fallo F.A.L. del 2012; 2) a partir del año 2015, el municipio comenzó a realizar compras de misoprostol para distribuir entre los equipos de salud que garantizaban ILE y 3) luego de un cambio de gobierno a nivel local y nacional, a fines del 2015, a pesar de varios intentos de desestabilizar y obstaculizar el desarrollo de los dispositivos, -ya en ese momento enmarcados en el modelo de ILE-, la política se restituyó y continuó funcionando. Incluso, con serias dificultades a raíz de la escasez y vaciamiento que sufrió el sistema de salud, lograron que continúen pequeñas compras de tratamientos de misoprostol.

A su vez se detiene en una escala que comprende las estrategias desplegadas por las/os profesionales de la salud para garantizar la atención de abortos y de cómo estas estrategias lograron incidir en el organigrama institucional del sistema de salud a través de la conformación de dispositivos de atención de interrupciones legales del embarazo, sin perder de vista el contexto social y político en el cual transcurre el pasaje al modelo de ILE.

3.1 Cambio de paradigma: ampliando la escucha, reinterpretando la norma

La transición del modelo de atención basado en las consejerías pre y post aborto al modelo de ILE implicó algo más que una transición de modelos de atención de abortos. Constituyó un cambio de paradigma sobre los sentidos en torno a la práctica profesional para garantizar abortos. Desplazó la mirada de un enfoque punitivista hacia una perspectiva que concibe el acceso al aborto legal como un derecho universal.

El pasaje se da en un contexto político y social de grandes avances en tono a la interpretación de la legislación sobre aborto, tales como el Fallo F.A.L de la CSJN y la actualización del Protocolo ILE en 2015. A nivel local, en 2013 el Concejo Deliberante de Morón adhirió al Fallo F.A.L., y reconoció a las consejerías pre y post aborto como política pública.

No obstante, si bien la ordenanza municipal fue un paso fundamental hacia la institucionalización, lo cierto es que, en la práctica, los equipos de salud la leyeron como un retroceso:

“(...) para cuando salió la ordenanza de consejerías pre y post aborto, nosotras sentíamos que esa ordenanza atrasaba. Porque no debería haberse llamado consejería pre y post aborto... porque ya estábamos planteando la necesidad de pensar el acceso desde otra perspectiva. Igual, esos fueron consensos que fuimos elaborando bastante gradualmente... en principio fue una apropiación de algo también gradual, y que creo que a posteriori, hoy te podría hablar de estos dos paradigmas... no estaban tan claros en el momento de la transición, transitamos esa transición.” (Psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Analizar las tensiones existentes entre las temporalidades que atraviesan a las decisiones y acciones de la gestión y por otro lado las demandas por parte de los equipos de salud implicarían un capítulo aparte. El proceso de transición entre modelos de atención en Morón fue gradual y dinámico, producto del ejercicio constante de reflexividad sobre las prácticas y estrategias de los/as profesionales de la salud en torno al aborto, en un contexto político y social determinado. Como refiere el testimonio anterior, al momento de la transición no estaban claros los límites entre ambos modelos de atención o en cuanto al giro paradigmático que se comenzaba a dar en torno a la práctica del aborto.

Esto nos lleva a pensar que no solo la transición del paradigma de reducción de riesgos y daños al paradigma de ILE se dio de forma gradual, sino que ambos modelos de atención coexistieron en la práctica.

Las primeras ILE que acompañaron y resolvieron desde el equipo de salud del CAPS Mercedes Sosa sucedieron alrededor de los años 2010 y 2011. Fueron casos que, no casualmente, se encuadraron fácilmente en las causales permitidas por el CPN vigente en ese entonces.

El primer caso fue el de una adolescente con discapacidad que cursaba un embarazo de 16 semanas de gestación producto de una violación. Dado el avance del embarazo la interrupción se resolvió en el hospital, donde se le practicó un legrado. A pesar de algunos intentos de obstaculización, finalmente garantizaron la práctica. El segundo caso fue resuelto por el equipo del CAPS, de forma ambulatoria. Era una mujer que sufría de cáncer y por tanto tenía indicado un embarazo de riesgo. Para ese entonces el equipo no contaba con una médica que realizara interrupciones del embarazo. Si bien para el equipo el caso se encuadraba perfectamente en la causal “riesgo para la salud física”, no les fue sencillo persuadir a la médica del CAPS para que firmara la indicación de la ILE y de esa manera pudiera acceder al misoprostol de forma legal. Luego de algunas idas y vueltas y de la indicación explícita de la oncóloga, la médica finalmente accedió y le indicó la medicación.

Si bien las primeras interrupciones que realizaron se adecuaban a la letra de la ley como de manual, fueron un punto de inflexión a nivel de la práctica profesional en relación a desde qué perspectiva concebían la atención de abortos. El cambio de paradigma que implicó comenzar a practicar abortos en el marco de la ILE puso en tensión al mismo modelo biomédico, en particular las definiciones de riesgo y las dificultades para comprender el mismo desde una perspectiva integral:

“No había una comprensión del riesgo integral de la salud, y de, a ver estamos hablando de verdad de riesgo, es como que el tema de aborto tenía que ser realmente que al otro día se morían para que bueno hacer algo, fue todo un camino...” (ex trabajadora social, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

La cuestión del riesgo es relevante en el proceso de transición al modelo de ILE porque entre otras cosas explica de alguna manera la coexistencia en la práctica de ambos modelos de atención. Como explican Ramírez y Paz (2019), “toda definición de riesgo epidemiológico incluye una politicidad acerca de la sociedad que deseamos y una autoridad epistémica que lo formula” (p. 91). En este sentido y como menciona la entrevistada en el relato anterior, incorporar la perspectiva de la salud integral fue todo un proceso reflexivo, incluso para quienes conforman los equipos de ILE. En la práctica, tuvo que ver con ampliar la interpretación del riesgo desde una mirada integral de la salud y ahí comenzar a ampliar la escucha e identificar otros factores de riesgo más asociados a la dimensión psicológica y social de la salud:

“Y, en realidad, en la ILE lo que hacemos, digamos, la primera parte, es como muy similar a lo que hacíamos en las consejerías, porque es escuchar a la mujer. Ahí, lo que hicimos fue, como agudizar un poco para detectar, tanto el causal violación como el causal salud. Entonces explícitamente le decimos: ¿fue una relación consentida? ¿Hubo alguna cuestión?, y ahí salen cuestiones de por el método anticonceptivo, cuestiones que si no tenía relaciones no le dejaba la plata para los hijos. Múltiples situaciones de abusos, de situaciones de abuso sexual. Y con respecto a lo físico también, que por ahí en una consejería uno lo preguntaba, pero desde otro lugar, ¿no? bueno, como para tenerlo en cuenta como médica como antecedente de salud, ¿tuviste hipertensión en el embarazo?, por ahí, hacía una recomendación en base a eso... y ahora sí, vi todos estos indicadores como factores de riesgo para que continúe ese

embarazo y poder, en este momento, con este marco legal, hacer esta justificación”
(Médica generalista, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

En este proceso de resignificación a partir de la ampliar la escucha y la interpretación del riesgo, fueron fundamentales las asesorías legales y las instancias de formación que recibieron los equipos por parte de reconocidas abogadas especializadas en el tema.²⁸ Las profesionales entrevistadas destacan estas formaciones como puntos de inflexión para su trabajo en el dispositivo:

“Ella (en referencia a una de las abogadas) nos ilustró mucho en esto de que podemos empezar a pensar desde un marco, desde el marco legal que tenemos, otra manera de interpretar este mismo marco” (psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

“Cuando empezamos con las causales, todo ese proceso nos fuimos formando, para mi REDAAS fue un gran espacio de formación, dónde éramos profesionales de todo el país, donde nos juntaban y nos formaban, venía gente de Estados Unidos, de varios lugares... dándonos esta formación, los argumentos, abriéndonos la cabeza y después nosotras llevábamos esto a la práctica casi directo al conurbano” (ex trabajadora social, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

El cambio de paradigma implicó un proceso de re interpretación del marco normativo y de la perspectiva de la salud desde un enfoque integral:

“El causal salud era algo como que yo en ese momento no lo veía, pero no lo veía, y empecé a escucharlo: bueno esto, pero tuvo presión alta en el embarazo y bueno, pero no es un factor de riesgo y encima está con una medicación psiquiátrica y bueno. Como empezar a escuchar algunas situaciones y ahí entender ¿no? bueno, un poco esto, que la legislación nos habilita, que, si tenemos como una mirada amplia de lo que es el causal salud, no es solo digamos el concepto biomédico del caso extremo de no sé, el cáncer o la situación límite frente a lo cual solo ahí hay que interrumpir el embarazo, sino el causal salud, digamos, como lo entiende la OMS, con una perspectiva más también, interdisciplinaria y abarcando todas las áreas” (Médica generalista, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa)

²⁸ Paola Bergallo y Agustina Ramón Michel.

Ampliar la escucha y por lo tanto repensar el abordaje y el paradigma desde donde conciben el dispositivo de atención tuvo un impacto cuantitativo en el aumento de la demanda. Al ampliar la accesibilidad, la demanda aumentó inevitablemente. No obstante, transitar al modelo de ILE en la práctica puso en evidencia la ausencia de recursos básicos necesarios para poder responder a la demanda y esto supone, a priori, contar con profesionales de la medicina que pudieran indicar formalmente una ILE. Para el caso del CAPS Mercedes Sosa, en el año 2012 lograron incorporar a una médica con horas destinadas a la atención de las ILE.

3.2. La conformación del dispositivo de ILE: el municipio distribuye misoprostol

En términos generales, identificamos tres elementos que son fundamentales para el funcionamiento del dispositivo de ILE: 1) contar con médicas/os diplomados que firmen la historia clínica y el consentimiento informado firmado por la mujer; 2) el acceso (en términos materiales y económicos) al misoprostol y 3) la articulación con el segundo nivel de atención para los casos que superan las 12 o 14 semanas de gestación, de acuerdo al Protocolo ILE.

La incorporación de médicos/as a los equipos de atención de abortos fue fundamental en la transición al modelo de ILE. No obstante, contar con un/a médico/a en el equipo, no garantizaba la realización de interrupciones, sino, más bien, que sea uno/a que acceda a firmar la autorización de la intervención.

Este paso administrativo implicó crear instrumentos que regulen qué, cómo y cuándo habilitar las interrupciones legales sin poner en riesgo la matrícula médica. Para esto, las profesionales desarrollaron un sistema de *certificación de causales*²⁹ para encuadrar las interrupciones en el marco legal vigente. El instrumento de certificación de causales les permitió construir un marco común de intervención, el cual fue producto de la sistematización de los acompañamientos y las experiencias de las mujeres que pasaron por la consejería:

“Lo que nos pasaba en este cambio de paradigma desde lo que era la reducción de riesgos y daños a la ILE es que, por ahí empezamos a preguntarnos ¿Esta es una ILE o no?, ¿Cómo diagnosticar? ¿Cómo definir qué es lo que es una ILE y qué no? Y ahí, bueno, fue necesario tener un instrumento y tener parámetros. Ya sea desde lo físico, desde lo psicológico, y desde lo social. Donde uno poder armar una herramienta en común con las compañeras y bueno, poder definir cada situación (...) Entonces fue,

²⁹ Ver anexos.

como todo un trabajo muy piola, en el que pudimos también poner como algunos indicadores, desde lo que veíamos en la experiencia. Por ejemplo, veíamos que muchas mujeres, una de las causas era, interrumpir embarazos cuando tienen hijos muy pequeños, entonces esto, como el intervalo intergenésico corto fue algo que agregamos. Fuimos buscando cuestiones que, algunas estaban en la literatura, otras no, y para tener nuestro propio instrumento de trabajo. Y eso nos ayudó en un primer momento, a poder como dar un marco más objetivo al trabajo.” (Médica Generalista equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Otra herramienta clave en la institucionalización y regulación de la práctica fue la historia clínica específica para *mujeres en situación de aborto*.³⁰ En el pasaje al modelo de ILE, ya con el instrumento de certificación, la historia clínica específica para mujeres en situación de aborto fue la forma que encontraron las profesionales para registrar y visibilizar su trabajo en dentro del sistema de salud, y de esa manera poder exigir los recursos necesarios para garantizar las ILE. Todo este proceso permitió lograr mayor visibilidad del dispositivo, y esto generó un aumento cuantitativo en la demanda de atención de abortos. A su vez, en la medida en que no se contara con los recursos necesarios para dar respuesta, esto atentaba contra los estándares de calidad del dispositivo.

Para ese entonces, los equipos recetaban misoprostol y hacían el seguimiento de cada caso. En ocasiones, las mujeres que no regresaban a la segunda consulta porque no contaban con el dinero suficiente para comprar el tratamiento de misoprostol, o bien cuando lograban conseguir el dinero, ya estaban cerca de las 12 semanas de gestación. A las dificultades materiales y económicas que enfrentaban las mujeres para conseguir la medicación, aún con receta, se le añadía que el misoprostol tiene un alto porcentaje de falla. Cuando no funciona la toma de un primer tratamiento de misoprostol, las opciones son tomar un nuevo tratamiento o asistir al hospital para que le practiquen un legrado. En ese entonces, esas opciones estaban lejos de ser viables para las mujeres que acudían al dispositivo y se convertía en una carrera de obstáculos. Alrededor del año 2015, luego de reiterados pedidos, la gestión municipal de ese entonces, bajo la intendencia de Lucas Ghi, hizo una primera compra de tratamientos de misoprostol para distribuir entre los equipos de salud que garantizaban ILE en el primer nivel de atención. La primera compra fue de 30 tratamientos en total. El mismo año, el municipio junto con el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la provincia, tuvieron la iniciativa -

³⁰ Ver anexos.

luego fallida - de formar en la práctica de AMEU a profesionales de medicina que garantizaban ILE en Morón. Uno de los 2 centros de práctica, fue el CAPS Mercedes Sosa. La AMEU era una técnica poco implementada hasta el momento, pero tiene un alto nivel de eficacia y un bajo nivel de complejidad. Para los casos donde el misoprostol falla, la AMEU es una solución viable, y así lo describía la psicóloga del equipo:

“(...) otro de los puntos que nosotras llevábamos a esta mesa de consejerías era que el misoprostol fallaba, porque tiene una eficacia del 89%, entonces teníamos una o dos, ponele una de cada 10 mujeres, que nosotras 10 mujeres las juntábamos en dos semanas, una de cada 10 mujeres el misoprostol no le servía, lo que le podíamos ofrecer era repetir el tratamiento, pero, sí estaba muy al borde de la edad gestacional, o, a su vez la mujer podía decidir no tomar otro tratamiento, teníamos que sí o sí poder tener la AMEU, la aspiración manual endouterina, como otra herramienta más, por lo menos en una primera etapa para ofrecerle a las mujeres que no les resultaba el tratamiento” (ex psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

La AMEU, además de ser una técnica recomendada y eficiente para las gestaciones de hasta 14 semanas, venía a soslayar, las dificultades que tenían los equipos de ILE de los CAPS para derivar al Hospital los casos que requerían del segundo nivel de atención (los que exceden las 12 semanas de gestación o porque falla la primera toma del tratamiento con misoprostol).

Por lo tanto, para lograr una política integral de acceso al aborto seguro, con un dispositivo que se adecuara a las características de las usuarias, entendiendo que no todas acceden a una consulta durante el primer trimestre, se volvió indispensable que el segundo nivel sea parte de la ruta de atención.

Al ingresar al universo del Hospital, se observa una realidad compleja pero con gran autonomía en las prácticas médicas. En el Hospital de Morón, convivían un Servicio de Toco ginecología, donde la mayoría de los/as profesionales eran objetores de conciencia respecto a la práctica del aborto y un área de Servicio Social, que contaba desde el 2017 con un equipo de ILE. Ambas áreas (equipo ILE y Servicio de Toco ginecología) cumplían roles y tenían responsabilidades bien diferenciadas en la ruta de atención de abortos. El equipo de ILE funcionaba, al igual que el equipo del CAPS Mercedes Sosa, atendiendo a las mujeres que buscan interrumpir un embarazo hasta la semana 12 de gestación, encuadrando la situación en las causales permitidas por el CPN. Allí se indicaba y recetaba misoprostol y luego se hacía la consulta pos aborto.

Mientras que el Servicio de Toco ginecología recibía las derivaciones que llegaban desde los CAPS o desde el equipo de ILE del Hospital. Los equipos de ILE del Hospital y el del CAPS derivaban al Servicio de Toco ginecología cuando el embarazo excedía las 12 semanas o bien cuando fallaba una o dos tomas de misoprostol. No obstante, el Servicio de Toco ginecología solo recibía y resolvía casos de hasta 15 semanas de gestación inclusive. Es decir, no realizaba interrupciones durante el segundo trimestre de embarazo.

El circuito de derivación al segundo nivel de atención (Servicio de Toco ginecología) se hacía a través de la coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del municipio. El equipo que derivaba debía realizar un informe dirigido al hospital solicitando la intervención. Dicho informe contenía la evaluación realizada por el equipo de ILE que justificaba la interrupción y anexaba el consentimiento informado firmado por la mujer. De esta manera, el Servicio de Toco ginecología no debía reevaluar la indicación. En términos teóricos, de esta manera el hospital confirmaba la intervención y recibía a la mujer. La interrupción se realizaba mediante internación y suministro de la medicación (misoprostol) y finalizaba con un legrado para evitar una infección³¹.

Lo cierto, es que el segundo nivel no siempre recibió a las mujeres que se derivaban desde los CAPS para resolver interrupciones, según una de las entrevistadas, recién a mediados del 2015 lograron establecer un consenso sobre los criterios y el circuito de derivación:

“Tuvimos una situación, donde terminan victimizando a la mujer pidiendo que el psiquiatra la vea. El psiquiatra del hospital dijo “No, esta mujer no tiene ningún riesgo a su salud de ningún tipo” ... y ahí la peleamos bastante y a partir de eso... siempre estos pasos que se logran es a partir de alguna situación concreta en el cual das la pelea y empezas a generar otros consensos. Siempre esos consensos los hemos logrado así, a partir de algún mojón que ahí se logra el consenso de que: situación que ya está evaluada por el primer nivel, ya está.” (Psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Asimismo, a pesar de haber logrado que el segundo nivel recibiera a las mujeres, los relatos de maltrato físico y psicológico por parte de profesionales del Servicio de Toco ginecología eran recurrentes. Es por ello que, en algunas ocasiones, las profesionales del CAPS se turnaban para

³¹La combinación de tratamiento medicamentoso e instrumental (legrado) pueden combinarse de acuerdo a lo que indica el Protocolo ILE (2019), sin embargo, la OMS (2014) señala que “no se justifica hacer un raspado (legrado) del útero de rutina”, excepto en casos particulares. Esto mismo lo afirma una de las médicas entrevistadas, al explicar que, frente a la falta de ecógrafo de turno, para hacer la ecografía post interrupción y confirmar que no quedaran restos, deben hacer un legrado.

acompañar físicamente a la mujer cuando hacían una derivación al hospital o ponían a disposición sus números telefónicos para poder hacer un seguimiento más de cerca:

“(...) nosotros en general, por ahí nos vamos turnando, no todas, pero las mujeres se quedan con algún teléfono (de alguna del equipo), entonces para la que sigue esa situación, de “todavía estoy internada hace 1 semana y media y tengo a mi nene internado...” (Entrevistada parafrasea los relatos de las mujeres que son derivadas al hospital) O sea, situaciones muy críticas, que bueno, y de que nos cuentan, que la enfermera le dice algo, que no le quieren pasar analgésicos porque le dicen “bancatela”... Bueno, esas situaciones de violencia institucional que siguen pasando...” (Médica generalista, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

La experiencia práctica de quienes conformaban los equipos de ILE en el primer nivel de atención, da cuenta de las barreras de acceso con las que se encontraban las mujeres a la hora de acceder a una ILE en el segundo nivel de atención. Estas barreras operaban generando tensión al interior del sistema de salud, en especial entre los/as profesionales que intentaban garantizar la práctica y quienes no estaban de acuerdo³² con la misma, pero ocupaban cargos en áreas claves de la ruta de atención de ILE. En los relatos de las profesionales del primer nivel de atención se identificaba un fuerte reclamo frente a la ausencia de perspectiva de derechos en las prácticas profesionales del segundo nivel de atención:

“Porque quienes se forman en el hospital (segundo nivel de atención), los residentes de tocogineco, no son formados en la perspectiva de acceso a ILE, ni a ningún otro tipo de derechos sexuales, en general hacen lo que les dice el jefe o la jefa. Y quien resuelve, también... no es el equipo el que resuelve. Hay una o dos personas que resuelven, si no están esas personas, es un problema, resuelven en el horario que están, si ellos no están, las mujeres se quedan ahí...” (Psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Por otro lado, es interesante ver cómo se concebía una división de roles y funciones de forma excluyente. Así, por ejemplo, para una de las profesionales que se desempeñaba en el servicio de toco ginecología la “tarea de contener” era función de las profesionales del Servicio Social. Esta esta división tajante responde a la lógica del modelo biomédico para el cual el quehacer profesional es básicamente un quehacer técnico:

³² La objeción de conciencia es un derecho que pueden ejercer únicamente aquellos profesionales que se ven involucrados directamente en la provocación del aborto, es decir, médicos/as. El personal de enfermería o los/as ecógrafos/as, entre otros/as, no pueden ejercer este derecho, porque su función profesional no implica la concreción directa del aborto. No obstante, todo ellos/as y los médicos/as que cumplen tareas de gestión dentro del circuito de la atención de abortos, como tales deben garantizar el cumplimiento en el acceso dentro de los estándares de calidad correspondientes.

“Acá en el hospital hay una oficina de Servicio Social. La interconsulta la hacemos acá con las chicas de Servicio Social, para que vengan a ver a la chica, y como te decía, que tengan esa contención que por ahí necesitan. A veces son pacientes que por ahí tienen una causa social, bueno. Para darles toda esa red de contención.” (Médica ginecóloga, residente del Hospital de Morón).

A pesar de las tensiones y diferencias en los abordajes entre ambos niveles, los/as profesionales, compartían la importancia de la interconsulta y la derivación, y, es en ese consenso, que se identifican algunos elementos interesantes que ponen en tensión la supuesta polarización entre el primer y segundo nivel de atención o entre los equipos de ILE y el Servicio de Toco ginecología. En esta línea de análisis, el equipo de ILE del Servicio Social del Hospital cumple un rol fundamental, ya que no solo seguían a las pacientes que habían derivado, sino que también podrían hacer un seguimiento de otras mujeres internadas por una ILE. Además de contribuir a que la experiencia de las pacientes fuera menos hostil, el compartir y tener que articular acciones para garantizar ILE dentro del Hospital, condujo a que las protagonistas también desarmaran algunos de sus propios prejuicios en torno al Hospital como institución, tal como lo describe la trabajadora social del equipo de ILE del Servicio Social:

“El hospital es un lugar maravilloso para trabajar y se acercan un montón de mujeres y bueno, entonces fue un poco como despojarse de ciertos prejuicios en relación al hospital, que a mí siempre me parecía una institución odiable absolutamente, y expulsiva, y bueno, nada, en realidad como siempre las prácticas de todos y de cada uno, marcan las diferencias.” (Trabajadora social, equipo ILE, del Hospital de Morón).

Las profesionales de la salud que conformaban los equipos de ILE constantemente efectúan articulaciones (interconsultas y derivaciones) y alianzas informales institucionales. Ejemplo de estas, es el trabajo conjunto entre trabajadoras sociales y médicos/as generalistas. Éstas demostraron ser parte fundamental en la conformación de las consejerías pre y pos aborto y, luego, en el pasaje al modelo de ILE. Contar con una perspectiva de la salud comunitaria e interdisciplinaria compartida y con una perspectiva menos jerárquica de la relación médico-paciente favoreció sin duda esta conexión. Como señala una de las entrevistadas, las alianzas entre trabajo social y medicina general no sólo son frecuentes, sino que históricas dentro del sistema de salud:

“Es una alianza medio histórica entre trabajo social y medicina general y psicología también pero especialmente trabajo social y medicina general. Creo que la tierra fértil en estas alianzas tiene que ver con las residencias interdisciplinarias (...) cuando vos rotas por los centros de salud, tenes año, año y medio para trabajar los temas de salud de manera interdisciplinaria con los mediques generalistas que también, eran residentes y venían con un aire diferente, ya el que elige la medicina general tiene un perfil diferente” (Ex trabajadora social, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

El Hospital supone otro escenario de construcción y generación de alianzas y articulaciones informales, que se diferencian de las alianzas que se generan en el primer nivel de atención, porque implican a otros actores y disciplinas. Estas ya no buscan construir consensos desde una perspectiva en común en torno a los derechos, sino que se generan a partir de la práctica diaria y al rol que cada uno/a ocupa dentro del sistema de salud. El siguiente testimonio exhibe las formas que toman las articulaciones y alianzas informales en el segundo nivel de atención:

“Empezar a tener como algunos referentes dentro del hospital, en hemoterapia para que le saquen sangre, rayos, para la ecografía, no le digan “que no late o que late”. La cuestión es desde la práctica concreta en realidad. Si vos te pones a hablar con cada uno respecto de cuáles... nosotras no, porque formamos parte de un equipo que tiene una dosis muy fuerte de militancia en relación a esta temática y la salud pública, una posición tomada. Pero si vos te pones a hablar con cada persona acerca de qué piensa... sobre... bue... no es el punto, amigos ya tenemos y compañeros en otro lado. (Psicóloga equipo de ILE, Hospital de Morón).

Lo cierto es que el segundo nivel no garantizaba -hasta la fecha en que se llevó cabo el trabajo de campo para esta investigación-, interrupciones de embarazos que cursaran el segundo trimestre (semana 14 en adelante), y tampoco resolvía consultas de ILE que llegaran directo a la guardia. En esos casos, según la ginecóloga entrevistada, lo derivaban al equipo de ILE del Servicio Social del Hospital. Lo que sí resolvían, como desarrollamos anteriormente, eran los casos que eran derivados del primer nivel de atención, por falla en el tratamiento medicamentoso o porque excedían las 12 semanas de gestación.

Para comprender, entonces, como en un contexto restrictivo y de un Servicio de Toco ginecología que, a oídos de todos/as se declaraba objetor de conciencia por mandato se los/as jefes/as de área, hay prácticas que ponen en tensión la idea del segundo nivel como una caja negra que funciona en respuesta automática a lo que adscribe el o la jefe/a de área:

“A mí, lo que me parece es que la mujer que viene consultando por una interrupción, ya está decidida, no te está pidiendo permiso. A mí me parece más grave, que después esa misma

paciente venga, en un estado crítico y no puedas hacer ya más nada, que cuando tuviste la opción de que esa mujer al menos accediera a algo seguro. Yo sé que la entrevista es anónima, pero si me preguntas a mí, no, yo no estoy de acuerdo, creo que primero para llegar a eso, faltan años y años de educación, pero bueno, ¿podemos hacer algo con todo eso? Si, podemos hacerlo de acá en adelante, con respecto a la educación, pero todo lo que ya no se hizo, no. Entonces ¿qué? ¿vamos a dejar que se cague muriendo? porque... No me parece como médica, que vaya de la mano con mi profesión, yo no quiero eso, yo estoy a favor de la vida, no de que se mueran, ya sea un embarazo o una mujer. No. No estoy de acuerdo que se mueran de esa manera.” (Médica ginecóloga, residente del Hospital de Morón).

El testimonio de la ginecóloga nos demuestra las ambigüedades y tensiones que circulaban dentro del sistema de salud entre las distintas disciplinas y cómo éstas operan en las prácticas profesionales y por ende en la calidad de atención de la salud. No obstante, sumergirnos en la búsqueda de comprender la construcción de las prácticas profesionales en salud, nos aportan herramientas fundamentales para pensar los modelos de gestión y atención de la salud y en este caso en particular de la atención del aborto.

3.3. Capacidad instalada: la continuidad luego del cambio de gobierno

En 2015, Ramiro Tagliaferro ganó las elecciones como candidato del PRO a intendente de Morón, luego de una década y media de que gobernara el partido local Nuevo Morón que lideraba Martín Sabatella. El giro político que implicó el triunfo de Tagliaferro, como suele pasar, desencadenó un movimiento importante de los funcionarios de altos cargos, así como un cambio en la agenda política del municipio. En este sentido, nos detendremos en los cambios y continuidades identificadas por las profesionales de la salud entrevistadas, luego del cambio de gestión, en torno al funcionamiento de los dispositivos de atención de ILE que, para ese entonces, habían alcanzado un nivel de institucionalidad considerable.

Consideramos el impacto del cambio de gobierno en la política de atención de abortos como un momento bisagra del proceso de institucionalización de los dispositivos de ILE en Morón.

Las profesionales de la salud entrevistadas coincidían todas en que la nueva gestión no se mostró, al menos en un principio, muy de acuerdo con las políticas de atención de abortos:

“Ellos (se refiere a la nueva gestión) vinieron a destruir todo, llegaron, bajaron los carteles, no te decían lo que iban hacer, lo mismo que hacen a nivel nacional, decían: no Uds., sigan, pero venían y te bajaban los carteles, dejaron de comprar la medicación, a muchas personas

ajustarnos por el lado de las horas laborales, firmar, firmar, así mucha gente se fue, entre ellas yo, yo resistí un tiempito, renuncié a unas horas que eran las que me hacían completar un sueldo, y así fue como desgastaron, apretando por ahí. (ex psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Al desgaste y precarización de los equipos de ILE se añadió el cese en la compra de misoprostol por parte del municipio y un retroceso en los consensos alcanzados con el Hospital respecto a la derivación de los casos que requerían de la intervención del segundo nivel de atención. Siendo estos los puntos más frágiles del circuito de atención de abortos.

No obstante, a partir de una situación puntual, donde en uno de los CAPS apareció un cartel que instaba a denunciar penalmente a las mujeres que se acercaban para interrumpir un embarazo:

“Pasa medio año (de la nueva gestión) y aparece un cartelito en un centro de salud con guardia las 24 hs., donde habla dirigido a mediques, donde habla de la obligatoriedad de la denuncia en casos de y enumeró una serie de casos, entre ellos mujeres en situación de aborto. El sábado a la mañana, cuando nos enteramos que alguien, que evidentemente fue el coordinador, puso eso en el centro de salud, instando a la denuncia de las mujeres, se armó todo un revuelo ahí.” (Psicóloga, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

Esta situación, significó un momento bisagra, porque la reacción por parte de los equipos de ILE junto con el apoyo de organizaciones sociales y feministas de Morón, fue determinante. La noticia llegó a los medios y finalmente, frente a la presión mediática y política, las autoridades municipales declararon públicamente que en Morón *“se cumple la ley y se hacen las interrupciones del embarazo”* (entrevista a ex trabajadora social del CAPS Mercedes Sosa)³³. Luego de esta situación, aun así, en menor cantidad, se retomó la compra de tratamientos de misoprostol al menos hasta el 2018, y la articulación con el Hospital, volvió a funcionar en base a los acuerdos alcanzados previos al cambio de gestión.

Si bien, los intentos de desestabilización fueron eficaces (de los equipos de ILE que se habían conformado hasta el 2015 al menos 2 se desarmaron por la falta de médicos/as) se encontraron con un límite claro: la capacidad instalada de garantizar la práctica de ILE en Morón. Así lo señala una de las entrevistadas:

³³ <https://www.tiempoar.com.ar/nota/polemica-en-un-hospital-de-moron-por-criminalizar-el-aborto>

“Entonces a partir de ahí (en referencia a la repercusión de la situación del cartel) siguieron comprando la medicación. Es un piso del cual no se bajó Morón, no se bajaron los equipos, no se bajaron las mujeres, donde no nos bajamos, eso fue importante. Esto me parece importante ¿no? Siempre que uno piensa en multiplicar, esto de dejar capacidad instalada, tanto en las capacitaciones como en los recursos.” (ex trabajadora social, equipo ILE, CAPS Mercedes Sosa).

A modo de cierre, retomamos la idea del cambio de gestión como un momento bisagra en el proceso de institucionalización de los dispositivos de ILE, porque de alguna manera -aunque no existan garantías a largo plazo- se alcanzó un piso de institucionalidad respecto a la atención de abortos en Morón, que escaló más allá de los propios profesionales de la salud que impulsaron *desde abajo* la conformación de esta política. Si bien, la vigencia y calidad de la práctica, se ve afectada por la falta y escasez de recursos fundamentales, como son la medicación y las horas de medicina destinadas a los dispositivos de ILE, la continuidad en el funcionamiento de los dispositivos de ILE, se sustenta a partir de las experiencias como la de los equipos de Morón, que dan cuenta de que no son prácticas profesionales aisladas, sino una forma de dar respuesta a un problema de salud, desde la configuración de políticas públicas *desde abajo*.

CONCLUSIONES

Retomando la pregunta inicial que dio origen a la presente tesina acerca del proceso de conformación de dispositivos de atención de abortos en el sistema público de salud, en un contexto de legalidad restrictiva, se destaca que el rol que ocuparon los/as profesionales de la salud no solo fue fundamental, sino que dio lugar a un proceso de institucionalización de los dispositivos de atención de interrupciones legales del embarazo, que terminó por constituirse como política pública a nivel municipal. Así mismo, dicho proceso se vio facilitado por un contexto de importantes avances en materia legal sobre el acceso al aborto en Argentina, tales como el Fallo F.A.L. de la CSJN y el Protocolo ILE del 2015, así como también de la creciente movilización social en torno a este tema y, fundamentalmente, por la disponibilidad del misoprostol. Del análisis del proceso de institucionalización de los dispositivos de atención de ILE en Morón se desprenden las siguientes conclusiones.

Los dispositivos de atención de abortos surgieron, en un comienzo, como espacios de consejería pre y post aborto, como iniciativas no regladas (Crojethovic, 2010) dentro del sistema de salud, las cuales dieron lugar a políticas difusas (Fernández Vázquez, 2018). Las políticas difusas se definen por la falta de planificación estratégica, por un bajo nivel de institucionalidad y por la ausencia de regulaciones institucionales. En este sentido, es importante destacar que la búsqueda por la institucionalización de los dispositivos de atención de abortos no implicó únicamente un horizonte que alcanzar, sino una forma de *gestionar* dentro del sistema público de salud. Formalizar las consejerías, para los equipos de salud, fue equivalente a *desclandestinizar* la práctica profesional.

En cuanto a las condiciones de posibilidad, también destacamos determinadas características que hacen al habitus médico (Castro, 2010), tales como la autonomía técnica profesional (Schraibeir, 2010) junto con la informalidad (Crojethovic, 2010) que caracterizan al sistema de salud en Argentina.

Estas características inherentes al campo médico (Castro, 2010), configuran las reglas del juego para quienes se encuentran dentro de él. En este sentido, las prácticas profesionales del personal de salud se ven permeadas por dichas características y son producidas y reproducidas en una dinámica que pone en tensión los sentidos que se les otorgan. De esta manera, la experiencia de Morón muestra la capacidad de agencia de los equipos de salud que impulsaron las primeras consejerías pre y post aborto en un contexto de legalidad restrictiva. En un principio de forma aislada, pero más tarde a través de las redes sociales y el apoyo de las organizaciones feministas, dieron un giro en la interpretación de la legislación vigente dejando atrás el carácter clandestino

que se le otorgaba a la práctica. Este cambio de paradigma otorgó un marco de referencia y legitimidad fundamental para garantizar la práctica desde el sistema de salud.

En relación al proceso de institucionalización y conformación de una política pública sobre atención de abortos, observamos que en Morón tuvo lugar un proceso de transición del modelo de consejerías pre y post aborto, enmarcadas en una perspectiva de reducción de riesgos y daños, al modelo de ILE, amparado legalmente en el sistema de causales del CPN y en la definición de la salud integral como principio rector.

Por otro lado, gran parte de esta tesina se centró en el análisis y descripción de las estrategias desplegadas por los equipos de salud en torno al desarrollo y sustentabilidad de las consejerías pre y post aborto en un principio y del dispositivo de ILE más adelante.

En esta línea, hallamos que las principales estrategias tuvieron que ver con la búsqueda del reconocimiento institucional por parte de las autoridades municipales, con el fin de conseguir los recursos necesarios para brindar un servicio de calidad, y las articulaciones con las organizaciones sociales y de mujeres, de quienes recibieron la formación sobre el marco normativo y las técnicas de interrupción. En este punto, es clave destacar el rol de las organizaciones locales de Morón y su participación en la facilitación de los recursos de formación, así como su rol de articulador en las primeras reuniones del espacio “ampliado de consejerías”, que sería un lugar fundamental para el pasaje al modelo de ILE. Respecto a las estrategias, también identificamos aquellas relacionadas a la difusión del servicio y el trabajo de registro y sistematización de las historias clínicas para la construcción de la evidencia y de los instrumentos, como el dispositivo de certificación de causales.

A su vez, las estrategias desarrolladas implicaron la puesta en práctica de alianzas y articulaciones hacia el interior del sistema de salud. Algunas de estas resultaron ser históricas, como es el caso de los/las profesionales de trabajo social y medicina general. Estas son producto de las residencias interdisciplinarias, potenciadas por determinados marcos de referencia compartidos en torno a los modelos de atención, en especial a lo que refiere a la relación médico-paciente. No obstante, también identificamos otras articulaciones no tan históricas entre distintas disciplinas del campo de la salud. En este sentido, destacamos como un hallazgo de esta investigación las redes informales que se tejen entre profesionales de la salud para garantizar el funcionamiento del circuito de atención de abortos, como es el caso del equipo de ILE del Hospital de Morón. A diferencia de las alianzas históricas, este tipo de articulaciones surgen de la *solidaridad institucional* que se da más allá de los márgenes de la empatía y de la forma de “hacer en común” (Gil, 2011; en Esteban, 2019, p.42), teniendo la única y primordial función de cumplir el circuito completo, respetando los estándares técnicos y legales.

En relación a lo recién expuesto, entendemos que es interesante comprender cómo a partir de la solidaridad institucional se ponen en tensión las representaciones sociales que circulan dentro de las instituciones de salud en torno a las distintas disciplinas y en cuanto al funcionamiento de los distintos niveles de atención. Este tipo de alianzas y solidaridades institucionales no solo existen, sino que son parte fundamental del funcionamiento y sustentabilidad del dispositivo de atención de ILE.

Consideramos también que este hallazgo contribuye, en parte, a desarmar la supuesta polarización que se construyó en torno a los profesionales de la salud, en especial a los médicos y médicas en relación al tema del aborto. Sin entrar en mayor detalle, en determinados momentos durante el debate legislativo sobre la Ley de IVE la cobertura mediática representó el debate como si fuera un partido de fútbol, utilizando denominaciones como “equipo verde” o el “equipo celeste”. Alejándonos de esta supuesta polarización -aunque sin negar su existencia- hallamos que dentro de las instituciones de salud incluidas en esta investigación se identifican múltiples perspectivas y esquemas de percepción sobre la importancia de garantizar el acceso a un aborto en el sistema de salud. Estas distintas narrativas dan cuenta de la pluralidad de prácticas y marcos de referencia dentro de un mismo efector, incluso dentro de la ruta de atención. Esta pluralidad puede operar generando barreras de acceso, así como también habilitar la práctica en los momentos más complejos de la ruta. En esta línea, consideramos fundamental contemplar la heterogeneidad de perspectivas y marcos de referencia que pueden habitar en una misma institución de salud, para comprender las condiciones materiales y simbólicas que operan en las prácticas profesionales de quienes deben garantizar el acceso al aborto.

En continuidad con lo anterior, identificamos también que el modelo de ILE presenta serias limitaciones. Las regulaciones procedimentales se basan en la figura médica (Ramón Michel y Cavallo, 2018), es decir, que son los/as médicos/as quienes deben certificar si la mujer se encuentra o no en condiciones de acceder a una ILE, lo cual atenta contra la autonomía de las mujeres, generando, además la sobre regulación en el acceso.

En el caso de Morón este problema se destaca con mayor claridad en la imposibilidad de acceder a un aborto de segundo trimestre en el sistema público de salud. Al momento de finalizado el trabajo de campo para la presente investigación (noviembre del 2019) en Morón no se garantizaban interrupciones de segundo trimestre. Esta cuestión se relaciona, a su vez, con las dificultades para hacer uso del desarrollo de la tecnología reproductiva. Se identifica una brecha entre las regulaciones basadas en los médicos y los beneficios que ofrece la tecnología reproductiva, en especial el aborto con medicamentos (Ramón Miche y Cavallo, 2018). En Argentina el uso del misoprostol data, como describimos a lo largo de la tesina, desde la década

de los 80, pero apenas en los últimos años se ha aprobado su uso abortivo por parte de la ANMAT. La mifepristona seguida por misoprostol tiene una eficacia del 98% para la realización de abortos, contra el 89% del misoprostol solo. Ambos medicamentos fueron declarados esenciales por la OMS (2012). No obstante, la mifepristona aún no se encuentra autorizada en nuestro país. Algo similar sucede con la técnica de AMEU. Se ha demostrado que es una técnica de baja complejidad que incluso puede ser practicada en el primer nivel de atención, pero actualmente son muy pocos los profesionales que han sido capacitados en esta práctica y menos aún los efectores que cuentan con este recurso.

Por último, destacamos algunos interrogantes que se desprenden de este trabajo como posibles líneas de investigación a futuro. En primer lugar, la regulación de la ley 27.610, abre, sin dudas, un gran interrogante en sí mismo y trae consigo enormes y urgentes desafíos. Uno de ellos es la regulación del acceso al aborto en niñas y adolescentes. Previo a la sanción de la ley, como ya describimos, algunas provincias -como Buenos Aires comenzaron a registrar estadísticamente la magnitud, características y condiciones en las que las personas gestantes accedieron a una ILE en los últimos dos años. De estos datos se desprende que más de la mitad de las personas que accedieron a una ILE en el sistema de salud tenían entre 18 y 27 años, y menos del 5% eran menores de 18. Las diferencias en los porcentajes de acuerdo a la edad pueden estar explicando cómo las barreras de acceso a la ILE operan con cierta especificidad y mayor crudeza en niñas y adolescentes.

En los últimos años se han dado a conocer algunos casos paradigmáticos de niñas y adolescentes a quienes se les negó la interrupción del embarazo, muchos de los cuales eran resultado de violencia sexual. Distintas campañas, bajo el lema #NiñasNoMadres, lograron instalar la urgencia de atender y regular esta cuestión, así mismo se han fortalecido programas y políticas públicas que apuntan a esta problemática en particular.

Históricamente este tema se ha mantenido bajo el tabú de la moral y del imaginario de la maternidad obligatoria, generando barreras sumamente complejas. Esta problemática pone sobre la mesa la urgencia de indagar acerca de las barreras institucionales y sociales que atentan contra el acceso a un aborto seguro, así como también pone en evidencia la necesidad de fortalecer las políticas de prevención del abuso sexual en la infancia.

Como hemos desarrollado a lo largo de la tesina, el funcionamiento actual de los dispositivos de ILE en el sistema de salud y la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo son conquistas que se dieron a partir de un largo y sinuoso proceso, donde se derribaron no solo barreras institucionales, sino también morales, acerca de la sexualidad, la autonomía y el goce de las mujeres y personas gestantes. El derecho a interrumpir un embarazo para las niñas y

adolescentes, pareciera estar aún algunos pasos atrás, por ello, se vuelve fundamental indagar acerca de esta problemática de forma específica.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Belucci, M. (2014). Historia de una desobediencia aborto y feminismo. Buenos Aires, Capital Intelectual.

Bergallo, P. (2016) “La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en la Argentina”, traducción de: The struggle against informal rules on abortion in Argentina, in R. Cook, J. Erdman & B. Dickens, *Abortion Law in Transnational Perspective: Cases and Controversies*, Penn University Press, 2014.

__ (2018). “Del fracaso del giro procedimental a la inviabilidad del modelo de causales”, en *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Bergallo, P; Jaramillo Sierra, I. y Vaggione, J. Comp. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Boltanski, L. y Chiapello, E. 2002 [1999] El nuevo espíritu del capitalismo. Barcelona, Aka.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005) [1992] Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires, Siglo XXI.

Bourdieu, P. (2007) [1980] El sentido práctico. Buenos Aires, Siglo XXI.

Brown, J. (2016) “El aborto en cuestión: la individuación y juridificación en tiempos de neoliberalismos”; Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Centro Latinoamericano de Sexualidad Y Derechos Humanos; Sexualidad, Salud y Sociedad; 24; 12-2016; 16-42.

__ (2015) “Sentidos sobre derechos, salud y sexualidad en Argentina. Un estudio exploratorio”, en Revista Question, Vol. 1, N° 48.

Busdygan, D. (2018) Aborto aspectos normativos, jurídicos y discursivos. Argentina. Buenos Aires, Editorial Biblos.

Castro, R. (2010) “Habitús profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México”, en *Poder Médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Roberto Castro y Alejandra López Gómez (editores). Montevideo, UNAM y UDELAR.

Cerutti, S., 2015 [1996] Juegos de escalas. Experiencias de microanálisis. Proceso y experiencia: individuos, grupos e identidades en Turín, en el siglo XVII. San Martín, UNSAM Edita.

Checa, Erbaro y Schwartzman (2006) “Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones postabortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires” en *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Susana Checa (comp.). Buenos Aires, Paidós.

Chiarotti, S. (2006) “El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina” en *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Checa, S. (comp). Paidós tramas sociales, Buenos Aires.

Crojethovic, M. (2010). “El efecto de la informalidad en la dinámica organizacional. El análisis de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.” VI Jornadas de Sociología de la UNLP, 9 y 10 de diciembre de 2010, La Plata, Argentina. En Memoria Académica.

Di Corletto, J. (2018) “Médicos, jueces y abortistas (Buenos Aires, 1940-1970)”, en *La reproducción en cuestión, investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto*. Ramón Michel, A. y Bergallo, P. (Comp.). Buenos Aires, EUDEBA.

Dosso, D. (2013) “Consejería Pre y Post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en el CAPS Mercedes Sosa del Municipio de Morón”. Informe final académico presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud Nacional.

__ (2015). “Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo”, en *Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo*. Concurso de Ensayos. FUSA A.C. Argentina.

Esteban, M. L. (2019) *El feminismo y las transformaciones en la política*. Barcelona, Ediciones Bellaterra.

Felitti, K. (2010) “Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986)” en *Estudios Sociológicos* vol. 28, N° 84, pág. 791-812.

Fernández Vázquez, S. (2017) “Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina” en *Revista de investigaciones políticas y sociológicas de la Universidad de Santiago de Compostela*. Vol. 16, núm. 1, 2017, 87-98.

__ (2018) “Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires” en *Dossier sobre el aborto en Latinoamérica*, *Rev Bio y Der*. 2018; 43: 145-160.

Fernández Vázquez, S. y Szwarc, L. (2018) “Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina” en *revista RevIISE de la Universidad Nacional de San Juan*. Vol. 12, año 12, 163-177.

Gayol, S. y Kessler, G. (2018) *Muertes que importan, una mirada socio histórica sobre los casos que marcaron la argentina reciente*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Gogna, M. y Binstock, G. (2017) “Adolescencia, derechos sexuales y reproductivos y equidad económico-social” en *Mujeres y varones en la Argentina de hoy*. Faur, E. (Comp.) Argentina, Siglo XXI Editores.

Gutiérrez, M. A. y Maffeo, F. (2016) Salud y derechos: un ejercicio de monitoreo social de cumplimiento de ILE en servicios de salud. Buenos Aires, FUSA AC.

Kornblit, A. L. (2007). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires, Editorial Biblos.

López Gómez A. y Carril, E. (2009) “Aborto en Uruguay: tensiones y conflictos de los proveedores de salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres” en *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina, avances y desafíos en la investigación regional*. Castro R. y López Gómez, A. (Comp). México, UNAM.

Mario, S. y Pantelides, A. (2009). “Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina”. Notas de Población N°87 CEPAL.

Matía, M.; Cualli de Trumper, E.; Fures, N. y Orchueta, J. (2016) “Una replicación del modelo uruguayo en la provincia de Buenos Aires, Argentina, como una política pública para reducir la mortalidad materna”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 134 (2016) S31–S34 (Traducción).

Medici, C. (2020) “La liberalización del aborto: alianzas, estrategias y acciones (Argentina 2001-2019)”, *Etnografías Contemporáneas*, Año 6, Número 11, pp. 36-68.

Meccia, E. (2012) “Subjetividades en el puente. El método biográfico y el análisis micro sociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad”, *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, N°4, Año 2, p. 38-51, Buenos Aires.

Millett, K. (1970) *Política Sexual*. Madrid, Cátedra.

Ministerio de Salud (2020) *Natalidad y Mortalidad 2018*. Síntesis estadística Nro 6.

Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. (2021) *Informe de gestión*. Acceso a la Interrupción del Embarazo en la Provincia de Buenos Aires, año 2020.

Monte, M. E. (2018) “La demanda por la liberalización del aborto en Argentina: de la politización de la sexualidad a los derechos reproductivos. Notas sobre el caso Portal de Belén (2012-2013)”, en *La reproducción en cuestión, investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto*. Ramón Michel, A. y Bergallo, P. (Comp.). Buenos Aires, EUDEBA.

Organización Mundial de la Salud (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.

Ramírez, C. y Paz, A. (2019) “Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable” en *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Fundación Soberanía Sanitaria, (comp.). Buenos Aires, Tinta limón.

Ramón Michel, A. y Cavallo, M. (2018) “El principio de legalidad y las regulaciones basadas en los médicos”, en *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Bergallo, P., Jaramillo Sierra, I. C. y Vaggione, J. M. (comp.). Buenos Aires, Siglo XXI.

Ramos, S. y Fernández Vázquez, S. (2020) “¿Por qué abortan las mujeres?”, N°12 Serie de documentos REDAAS. Buenos Aires.

REDAAS (2018) “Datos sobre salud reproductiva por provincia.” Buenos Aires, ELA, REDAAS y CEDES.

Romero M. y Moisés S. (2020) “El aborto en cifras”. Serie de documentos REDAAS. Buenos Aires. ELA, REDAAS y CEDES.

Schraiber, L. B. (2010) “Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate” en *Poder Médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Roberto Castro y Alejandra Lopez Gómez (editores). Montevideo, UNAM y UDELAR.

SenRed (2019) “Sistematización de acompañamientos a abortar, realizados en el año 2019 por Socorristas en Red (feministas que abortamos).”

Stake, R. E. (2007) [1998] *La investigación con estudio de casos*. Madrid, Ediciones Morata S.L.

Tajer, D. (2019) “El aborto como problema de salud colectiva” en *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Fundación Soberanía Sanitaria, (comp.). Buenos Aires, Tinta limón.

Vazquez Laba, V. (2019) *Feminismos, géneros y transgénero. Breve historia desde el siglo XIX hasta nuestros días*. Buenos Aires, Unsam Edita.

Van der Stuyft y De Vos (2008) “La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud.” *Revista Cubana de Salud Pública*.

Zurbriggen, R. y Anzorena, C. (2013) *Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito. El aborto como Derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Buenos Aires, Herramienta Ediciones.

Normativa nacional

Código Penal de la Nación Argentina

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012) F., A. L. s/ medida autosatisfactiva.

Ley N° 27.610 de “Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embrazo y a la Atención Post Aborto”.

Guías técnicas

Ministerio de Salud de la Nación (2015) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.

__ (2019) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Actualización 2019.

__ (2021) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2021.

Organización Mundial de la Salud (2012) Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.

__ (2014) Manual de práctica clínica para un aborto seguro.

ANEXOS

Dispositivos de justificación de causales.

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO PARA LA MUJER A CAUSA DEL EMBARAZO

A continuación, se plantean los permisos otorgados en la Ley Argentina (artículo 86 del código penal de la nación incisos 1 y 2) para realizar la práctica del aborto, y los indicadores clasificados por las áreas bio-psico-sociales para la evaluación de la existencia de riesgo a la salud de la mujer.

PERMISOS OTORGADOS

- EL EMBARAZO ES PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN (RELACIÓN SEXUAL NO CONSENTIDA)
- La mujer mantuvo relaciones sexuales contra su voluntad: obligada físicamente, obligada bajo coerción o amenaza.
- EL EMBARAZO PONE EN RIESGO LA VIDA DE LA MUJER
- EL EMBARAZO PONE EN RIESGO LA SALUD DE LA MUJER

RIESGOS PARA LA SALUD FÍSICA DE LA MUJER A CONSECUENCIA DEL EMBARAZO

- Enfermedades susceptibles de agravarse, o que de hecho se agravan con el embarazo en virtud de los cambios fisiológicos producidos durante la gestación normal (anemia, HTA crónica, enfermedades reumatoideas, problemas ortopédicos, alteraciones de la coagulación, enfermedades inmunodepresoras, diabetes, cardiopatías, miomatosis, varices, epilepsia, trastornos psiquiátricos, etc). Causas obstétricas INDIRECTAS de riesgo a la salud.
- Riesgo de complicaciones médicas del embarazo que pueden generar enfermedad o agravar una enfermedad preexistente o constituirse en una amenaza para la salud y el bienestar (anemia, HTA, pre eclampsia, hemorragia obstétrica, riesgo quirúrgico, trombosis, etc. Causas obstétricas DIRECTAS de riesgo a la salud.
- Enfermedades que no pueden recibir tratamiento adecuado con el embarazo y que por lo tanto aumentan el riesgo de afectación de la salud de las mujeres.

- Antecedentes de complicaciones obstétricas anteriores (hemorragia, atonía uterina, pre eclampsia, eclampsia, enfermedades de placenta, sepsis, antecedentes de abortos de riesgo anteriores, etc.).
- Hay afectación de la integridad física por violencia.
- Tiene efectos físicos sobre la salud de la mujer un diagnóstico de malformación fetal.

RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL DE LA MUJER A CONSECUENCIA DEL EMBARAZO

- El embarazo no deseado le produce un sufrimiento psíquico de tal gravedad que afecta la percepción de bienestar.
- El embarazo no deseado le produce un sufrimiento psíquico que puede desencadenar en actos auto agresivos.
- La continuación forzada del embarazo produce un riesgo de desencadenar daño o patología mental.
- Se trata de un embarazo temprano o tardío (en función del momento vital particular) que le produce sufrimiento psíquico.
- Se está atravesando una situación traumática (duelo, estrés postraumático, crisis accidental).
- Se está atravesando el puerperio y esta situación de embarazo no planificado no puede ser asumida ni corporal ni emocionalmente ya que se están llevando adelante los cuidados que implican tener un bebé.
- Sufrimiento psíquico por diagnóstico de una enfermedad.
- Sufrimiento psíquico derivado de un diagnóstico de malformación fetal.
- Se observa una historia de compromiso severo de la salud mental de la mujer en el postparto.
- Hay una debilidad mental.
- Otras causas que no se encuentre en las mencionadas y a criterio del profesional incidan en el embarazo. Existen antecedentes de trastornos graves o crónicos (trastornos del estado de ánimo, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de despersonalización).

DETERMINANTES SOCIALES QUE SUMADOS AL EMBARAZO PONEN EN RIESGO LA SALUD DE LA MUJER

Situación laboral:

- Imposibilidad de continuar el vínculo laboral actual a causa del embarazo

- Desempleo: el embarazo no le permitiría encontrar un empleo.
- Empleo informal, imposibilidad de tomarse licencias necesarias para el cuidado de su salud y la de un futuro bebé.
- Dependencia económica. Depende de otras personas para su subsistencia, y éstas no están en condiciones de apoyar económicamente el embarazo y un futuro hijo.
- Ingreso nulo, bajo o insuficiente como para mantener económicamente un nuevo integrante en el grupo familiar.

Educación:

- Educación en proceso, que se terminaría o postergaría a causa de este embarazo, con sus consecuencias en el retraso en el ingreso al mercado de trabajo.
- Baja escolaridad, con las limitaciones que esto implica para acceder a un trabajo digno.
- Necesidad de interrumpir la escolaridad a causa del embarazo.

Situación de vivienda:

- Precariedad habitacional. Malas condiciones de la vivienda actual.
- Dificultades para pagar el alquiler de la vivienda, y el riesgo constante a quedar sin un lugar donde vivir y criar un hijo.
- Dependencia habitacional. Vivienda cedida con su consecuente incertidumbre respecto de contar con un lugar para vivir y criar un hijo.
- Vivienda compartida con otros grupos familiares de forma permanente o eventual y la incapacidad habitacional para albergar otro integrante.

Condiciones familiares para la crianza de un hijo:

- Ausencia de pareja o de un padre que apoye la crianza de un hijo.
- Falta de apoyo por parte de la pareja o del padre para llevar adelante la crianza del hijo.
- Inexistencia de red familiar ampliada para la crianza.
- Cantidad de hijos a cargo y la consecuente imposibilidad de afrontar tareas de cuidado de otro.
- Problemas de salud de hijos o familiares a cargo, que ocupan gran parte del tiempo cotidiano de la mujer y no le permitirían ocuparse del cuidado de un nuevo integrante.
- Imposibilidad de encargarse de un hijo o de otro hijo por trabajo, incluido el no remunerado, y el cuidado en el hogar

Violencia de género:

- Mujer víctima de violencia de género por parte de su pareja, ex pareja u otros.
- Situación de violencia de género de la que es víctima que se agravaría con el embarazo.
- La mujer no consintió las condiciones para la anticoncepción en que se mantuvo esa relación sexual.
- Embarazo forzado producto de la negligencia del sistema de salud que le negó o retrasó el acceso a un método anticonceptivo.

Material elaborado por la médica Carolina Bassini y las licenciadas
Paula Cruz, M. Cecilia Carulli, Rosa Mahffuz y Daniela Dosso.

Componentes necesarios para el encuadre por causal salud

Se sugiere comenzar la entrevista de forma desestructurada, permitiendo a la mujer que plantee el motivo de consulta. Por ejemplo, con una pregunta abierta, como por ejemplo “¿qué te trae por acá?”. Si la mujer se presenta ambivalente con respecto al embarazo, la entrevista sigue otro carril. Si no, hay que ir guiando la entrevista para que la mujer pueda expresarse en los motivos y razones para tomar la decisión de abortar. Estos primeros dichos pueden registrarse como textuales en la historia clínica y, al mismo tiempo, ser consignados en los instrumentos de evaluación. Luego de que la mujer mencione, espontáneamente, su situación, puede realizarse una indagación más sistemática de las áreas bio-, psico-, y sociales que no fueron referenciadas en la parte abierta de la entrevista.

Para la evaluación del estado psicoemocional de la mujer, es importante hacer la pregunta correcta. Es decir, ubicar el punto de conflicto que presenta cada mujer entre estar embarazada y no querer o no poder estarlo. La pregunta en general es “¿cómo te impactó emocionalmente la noticia del embarazo?”, pero si es una mujer cuya razón para abortar se relaciona con una circunstancia posterior a enterarse del embarazo (por ejemplo, el diagnóstico de una patología que pone en riesgo su salud, haber perdido a su pareja, etc.), entonces la pregunta debe ser reformulada, poniendo en relación el embarazo con la circunstancia que entra en conflicto con este. Por ejemplo, “¿cómo te afectó emocionalmente recibir el diagnóstico xx?” o “¿cómo te afecta emocionalmente estar embarazada en estas circunstancias xxx que me describís?”. Los resultados de la evaluación psicoemocional se utilizan como insumo para la evaluación del riesgo de la salud mental de la mujer a causa del embarazo descrito en el instrumento de evaluación.

Según qué motivos pesen más en cada mujer, el encuadre de la situación puede redactarse de diversas maneras. En todas tienen que aparecer los siguientes componentes:

- Que la mujer decide interrumpir el embarazo.
- Que ese embarazo pone en riesgo su salud, y este no puede ser evitado por otros medios.
- Que se da lugar a la solicitud de la mujer de una interrupción legal del embarazo, según los permisos otorgados en el artículo 86 del Código Penal.
- Que se presta atención sanitaria según lo establecido en el “Protocolo para la Atención Integral a Personas con Derecho a la Interrupción del Embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación.
- Que se procede a la firma del consentimiento informado.

Historia clínica para la mujer en situación de aborto

Ejemplo de texto para la historia clínica

Se realizó la indagación por las áreas bio-psico-sociales de la salud para evaluar la existencia de riesgo de la salud de (nombre de la mujer), a causa de la gestación en curso, y si ese riesgo puede ser evitado por un medio que no sea el aborto seguro.

Se concluyó que (nombre de la mujer) presenta una situación socio familiar-emocional con condiciones que hacen imposible afrontar un embarazo y la perspectiva de un hijo en este momento, ello la confronta con un dilema que solo puede ser resuelto con la interrupción segura de ese embarazo.

Se constata que (nombre de la mujer) presenta sufrimiento psíquico a causa de estar embarazada en las circunstancias socio familiares descriptas. Este embarazo constituye un riesgo de su salud mental y física, que puede desencadenar en actos auto agresivos.

Este embarazo, en las condiciones socio familiares que atraviesa (nombre de la mujer), representa un riesgo para su salud integral, que no está dispuesta a correr, y que no puede ser evitado por otro medio que no sea la interrupción segura de esta gestación.

Además, (nombre de la mujer) no está dispuesta a correr los riesgos de salud física que implica este embarazo. Por tales motivos, se da lugar a la solicitud de (nombre de la mujer) de acceder a una interrupción legal del embarazo, según los permisos otorgados en el artículo 86 del Código Penal. Se presta atención sanitaria según lo establecido en el “Protocolo para la atención

integral a personas con derecho a la interrupción del embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación.