



MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

📍 SALTA





MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

📍 SALTA



Deza, Soledad

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

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-47920-8-2

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

Indice

1. ¿Quiénes somos?.....	7
2. Metodología	9
3. Resumen ejecutivo	13
4. El derecho a decidir en el contexto salteño	15
5. Las usuarias salteñas.....	19
6. Métodos anticonceptivos (MAC)	22
a. ¿Qué saben las usuarias sobre MAC?	22
b. Información sanitaria y elegibilidad	25
c. Principales barreras u obstáculos para el acceso	30
7. Abortos permitidos por la ley	35
a. Causal salud (ILE)	36
b. Causal violación (ILE).....	39
c. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE).....	42
d. ¿Dónde se garantiza la ILE y la IVE en Salta?	44
e. Aborto e información sanitaria.	46
f. Circuitos sanitarios de la ILE y la IVE	49
g. ¿Qué sabe el personal de salud sobre aborto?.....	57
h. Objeción de conciencia y aborto	62
i. Violencia institucional en la atención de aborto.....	66
8. ¿Qué pasó en el sector privado después de la sanción de ley 27.610?	71
9. Conclusiones feministas sobre ciudadanía sexual	73
10. Recomendaciones.....	75
11. Palabras de la Federación Argentina de Medicina General	76

1. ¿Quiénes somos?

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

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

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

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

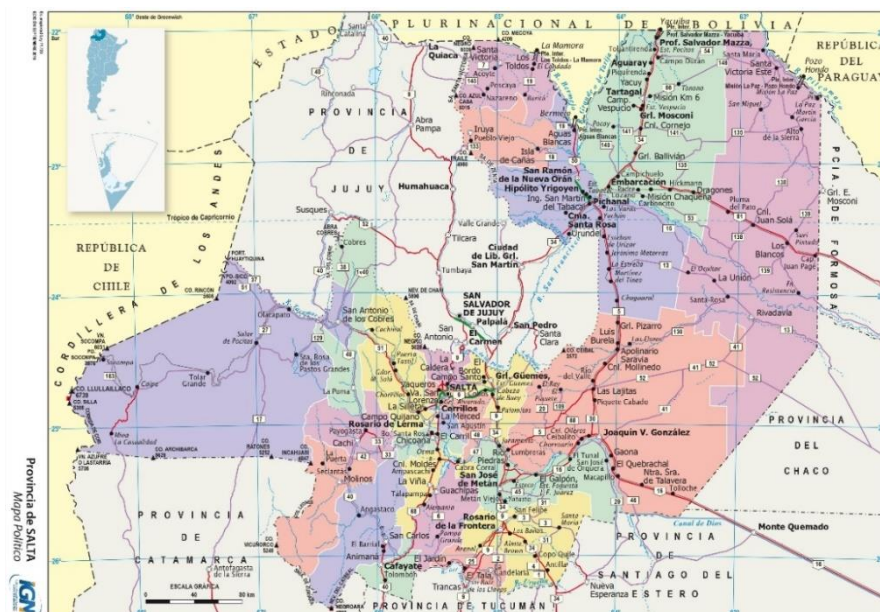
Llevamos adelante acciones de litigio, incidencia, investigación y elaboración de insumos para favorecer la alfabetización jurídica y el respeto por los derechos humanos de las mujeres y diversidades desde una perspectiva feminista, antirracista e interseccional.

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



2. Metodología

Salta está ubicada al norte de Argentina, limita por el norte con Jujuy, por el Noreste con Bolivia y Paraguay, por el Este con Formosa y Chaco, por sur con Tucumán, por el sureste con Santiago del Estero, por el suroeste con Catamarca y por el Oeste con Chile. De acuerdo con el último censo (2022) su población asciende a los 1.424.397 habitantes siendo el 50.5% mujeres y el 49.5 hombres.



Según el Reporte de estadísticas demográficas y sociales elaborado en el año 2020 por la Dirección Nacional de Población, siendo la octava más poblada del país. Su capital, la Ciudad de Salta, cuenta con el 52% de habitantes de toda la provincia (622.964 personas), mientras que San Ramón de la Nueva Orán le sigue en cantidad de habitantes con el 6.3% (160.555 personas). Salta tiene una alta presencia de comunidades indígenas, entre las cuales predominan las etnias wichí, guaraní y qom. Respecto a la organización sanitaria Salta está dividida en 4 regiones sanitarias (Región Sanitaria Norte, Sur, Oeste y Capital) y 2 áreas operativas (norte y sur). En esta provincia la Atención Primaria de Salud es el pilar central del sistema de Salud, son los agentes sanitarios quienes se encargan de acercar la salud, los derechos reproductivos y no reproductivos haciendo posible el efectivo ejercicio de la autonomía sobre los cuerpos, posibilitando el acceso a métodos anticonceptivos y a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

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

¿Qué es un monitoreo social feminista?

Un monitoreo social es además feminista cuando incorpora un enfoque de género e interseccionalidad en la elaboración de las herramientas para monitorear, en la recolección de datos y en la lectura de éstos. Cada encuesta a usuarias lleva a entre 40 minutos y 1 hora porque incluye al finalizar la misma, y a modo de devolución de la gentileza por el tiempo

brindado, una conversación en la que se le informa a cada persona cuáles son sus derechos y se les entrega material elaborado a esos fines para fortalecer la ciudadanía sexual. Esta acción fue señalada como buena praxis de ética feminista por Adriana Álvarez, médica ginecóloga de la Fundación, quien participó desde el inicio en la elaboración de los instrumentos de recolección de datos y acompaña todos los procesos existentes hasta la elaboración del insumo.

Objetivo principal:

El monitoreo social feminista que llevó adelante **FUNDACIÓN MxM** tuvo como finalidad obtener un panorama general de las condiciones de acceso a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, calidad de servicio de atención sanitaria brindado, predisposición del recurso humano involucrado en la problemática dentro de las instituciones públicas y del nivel de empoderamiento de las usuarias, de forma tal de contar con una herramienta técnica que permita articular con los actores estatales responsables de esta política pública los cambios necesarios para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Objetivos secundarios:

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

Proceso de recolección de datos:

El monitoreo social se llevó a cabo a través de la implementación de distintas técnicas de relevamiento: encuestas a mujeres usuarias, entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y no participantes en los Servicios Públicos de la Provincia de Salta, detallados más abajo.

La Atención Primaria de Salud, nacida a partir de las ideas del Dr. Ramón Carrillo, es hoy el pilar de la estructura sanitaria de la provincia de Salta, cuyo objetivo principal es llevar a las zonas más alejadas atención sanitaria de calidad y generar lazos entre la comunidad que descentralicen la atención sanitaria, expandiéndola en centros de salud capaces de dar respuesta a necesidades sanitarias de poca complejidad como lo son el acceso a anticonceptivos o vacunación. Hoy la **APS** es el área que, por medio de sus agentes, es la encargada de difundir DDSSRR y asegurar el acceso a anticonceptivos y brindar autonomía a

las usuarias, incluso a aquellas que por su lugar de residencia no pueden acercarse a centros de mayor nivel de complejidad como lo son los hospitales.

En estos Servicios de Salud Pública se llevaron a cabo **133 encuestas** a usuarias del Servicio Público de Salud fuera de los servicios sanitarios, es decir, mientras ingresaban o salían de Hospitales Públicos o Centros de Salud de distintos Departamentos de la Provincia.

Mediante **36 entrevistas** en profundidad -diseñadas para recabar la mayor cantidad de información como así también para indagar en sensaciones, pensamientos e intuiciones acerca del tema- participaron de forma individual médicos/as, trabajadores sociales, enfermeros/as, psicólogos/as, agentes sanitarios/as y empleados/as administrativos/as, dado que se tomó el concepto de “Personal de salud ” que proviene de la bioética e incorpora la ley N° 26.485 y el decreto reglamentario N° 1011/10 para reflejar la idea de “equipo de salud en sentido amplio”.

Las **observaciones** se hicieron de manera **participante y no participante** según si la monitorea tomó o no el lugar de usuaria para transitar algunos recorridos dentro del Sistema Sanitario de Salud Pública. Se escogieron para ello Instituciones de 1er, 2do, 3er y 4to nivel de atención en distintos puntos geográficos de la provincia: Hospital Público Materno Infantil (Capital, zona Norte. 4to Nivel), Hospital Señor del Milagro (Capital, Zona Centro. 4to Nivel), Hospital San Bernardo (Capital, Zona Centro. 4to Nivel), Hospital Papa Francisco (Capital, Zona Sur. 3er Nivel), Hospital San Vicente de Paul (Orán. 4to Nivel), Hospital Dr. Nicolás Lozano (Cerrillos, 2do Nivel), Centro de Salud N° 63 B° Solidaridad (Capital, zona sureste. 2do Nivel), Centro de Salud N° 2 Campo Casero (Capital, zona centro. 2do Nivel), Centro de Salud N° 25 (Capital, zona norte. 1er Nivel), Centro de Salud N° 64 B° Los Pinares. (Capital, zona sur. 1er Nivel), Centro de Salud N° 29 B° Finca Independencia (Capital, zona sureste), Centro de Salud Güemes N° 5 (Orán. 1er Nivel), Centro de Salud Retambay N° 2 (Orán. 1er Nivel), Centro de Salud San Francisco N° 2 (Orán. 1er Nivel), Centro de Salud 9 de Julio N° 6 (Orán. 1er Nivel), Centro de Salud Patrón Costas N° 9 (Orán. 1er Nivel)-

Equipo de trabajo:

Coordinación:

Soledad Deza

Diseño y adecuación local de los instrumentos de monitoreo:

Soledad Deza (Abogada)

Adriana Álvarez (Médica)

Equipo interdisciplinario en la recolección de datos:

Ivana Romero (Estudiante de Derecho)

Noelia Aisama (Abogada)

Florencia Sabaté (Estudiante de Letras)

Magali Fernández (Estudiante de Trabajo Social)

Ariana Cil Ucci (Abogada)

Gabriela Álvarez (Estudiante de Psicología)

Análisis Estadístico:

Fernanda Márquez

Elaboración del Insumo:

Soledad Deza e Ivana Romero

Diseño de tapa:

Karime Kandalaft

Referencias para la lectura del insumo:

Hospital Público Materno Infantil (Hospital Materno).
Hospital Nuestro Señor del Milagro (Hospital del Milagro).
Hospital San Vicente de Paúl de San Ramón de la Nueva Orán (Hospital de Orán)
Hospital Papa Francisco Zona Sur (Hospital Papa Francisco)
Centro de Salud (C.S)
Métodos Anticonceptivos (MACs)
Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)
Interrupción Legal del embarazo (ILE).
Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR).
Atención Primaria de Salud (APS).
Organización Mundial de la Salud (OMS).
Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHDE).
Ligadura Tubaria (LT).
Niños, niñas y adolescentes (NNA).
Educación Sexual Integral (ESI).

3. Resumen ejecutivo

- 39.38% de las encuestadas no completó la educación obligatoria.
- 58% de las encuestadas nunca curso un embarazo planificado.
- 86% de las encuestadas usó alguna vez un MAC, pero sólo el 48% lo hizo antes del primer embarazo.
- El 59.46% de las encuestadas no conoce la vasectomía
- 68% de las encuestadas no conoce los requisitos legales para la ligadura tubaria.
- 56% de las encuestadas salieron del Sistema Público de Salud sin información sobre MAC y sin un MAC que le permita planificar un embarazo después de parir
- 51.61% de las encuestadas sabe que puede interrumpir un embarazo si su salud está peligro
- 68% de las encuestadas sabe que puede interrumpir un embarazo en caso de “violación”
- 63% de las encuestadas conocen la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo
- 93.35% % de las encuestadas no recibió nunca información sanitaria sobre aborto en una consulta de salud
- 68% de las encuestadas acudiría a un Hospital en caso de sufrir un aborto.
- 77.42% de las encuestadas considera que el personal de salud puede negarle un aborto legal invocando sus propias creencias.
- 67.61% de las encuestadas considera que el momento para ser madre es cuando se toma la decisión

4. El derecho a decidir en el contexto salteño

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



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

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

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

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

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

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

Salta es una de las provincias más conservadora del norte argentino, donde los grupos religiosos tienen alto grado de incidencia respecto de las decisiones que se toman en el ámbito público, incluyendo las políticas sanitarias. Un claro ejemplo del pensamiento conservador entrelazado con nuestra cultura sumisa es la presencia de símbolos religiosos que se ciernen sobre todos y cada uno de los ámbitos de la vida de los salteños, no dejando fuera a la salud.

Estos actores estratégicos, conservadores y con fuerte incidencia en la vida política de la Provincia, pugnan abiertamente para obstaculizar la implementación de las políticas públicas destinadas a fortalecer la ciudadanía sexual de las mujeres, en especial “llamando” a la objeción de conciencia de la totalidad de efectores de la salud a los abortos permitidos¹ y tergiversando las condiciones de acceso a las interrupciones de embarazo como ocurrió cuando el Director del Hospital Materno Infantil que dio entrevistas periodísticas luego de la sanción de la Ley 27.610 donde declaraba que la IVE no tenía límite y se podía realizar hasta las 28 semanas².

¹ “Salta: casi todos los médicos se declararon objetores de conciencia y hay apenas 19 profesionales para garantizar el aborto legal” nota periodística publicada en Diario Página/12

<https://www.pagina12.com.ar/458661-salta-casi-todos-los-medicos-se-declararon-objetores-de-conc>

² “El crudo testimonio del director del Materno-Infantil de Salta: “La ley no fija límite al aborto, me llegan consultas de 28 semanas”. Nota periodística publicada en Infobae. Disponible en

<https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/27/el-crudo-testimonio-del-director-del-materno-infantil-de-salta-la-ley-no-fija-limite-al-aborto-me-llegan-consultas-de-28-semanas/>

Si bien la provincia de Salta esta hoy adherida a todas las leyes nacionales y protocolos que buscan garantizar derechos sexuales y reproductivos, esto no quiere decir que la normativa se aplique al 100% y efectivamente se garantice el pleno goce de estos derechos, el entramado político de la Iglesia y el Estado inciden en la implementación efectiva de las políticas públicas que aseguran el derecho a decidir y obstruyen el acceso a DDSSRR.

Marianela Sierralta, médica del Sistema Público salteño, también sufrió los embastes conservadores con escraches públicos en redes sociales y tuvo que recurrir a la justicia para que cesen los mismos³. Al analizar la causa la jueza Centeno detalló que la médica es especialista en Tocoginecología, en el Hospital Público Materno Infantil de Salta, y es una de las profesionales encargadas de la realización de las prácticas previstas en la Ley Nacional N° 27610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). La jueza sostuvo que la publicación *“excede a todas luces, el derecho a la libertad de expresión afectando el derecho a la libertad de elección, al honor, a la imagen, a la no discriminación y la vida libre de violencias de la denunciante”* por lo que *“configura un acto de violencia de género, atento a la connotación de los términos utilizados y la intencionalidad difamatoria, humillante y degradante, utilizando para tal fin una Red Social”*.

Miranda Ruiz, por su parte, es una médica que trabaja en el Hospital Juan Domingo Perón del departamento de Tartagal, el 3ro más grande de Salta y con una población significativa de pueblos originarios. En el año 2021, primer año de la Ley 27.610 de IVE, fue criminalizada por garantizar un aborto voluntario con pastillas. Al inicio del proceso judicial se vio enfrentada – además de a la criminalización estatal- a la hostilidad de sus compañeros de trabajo quienes no dudaron en proponer quitar el consultorio de IVE e ILE, como medida para evitar la exposición pública.

Miranda estuvo detenida algunos días y procesada cerca de 1 año hasta que fue sobreseída⁴ y regresó a trabajar al Hospital en Tartagal, donde actualmente sigue siendo la principal garante de IVE e ILE y recibe derivaciones de muchos departamentos aledaños.

El fallo “Castillo”⁵ en el que la Corte Suprema de Justicia de la Nación resuelve que resulta inconstitucional brindar educación religiosa en la Escuela Pública, tiene como base la educación salteña y la idiosincrasia abiertamente conservadora de sus praxis política, al igual que ocurre en el NOA y en el NEA de Argentina.

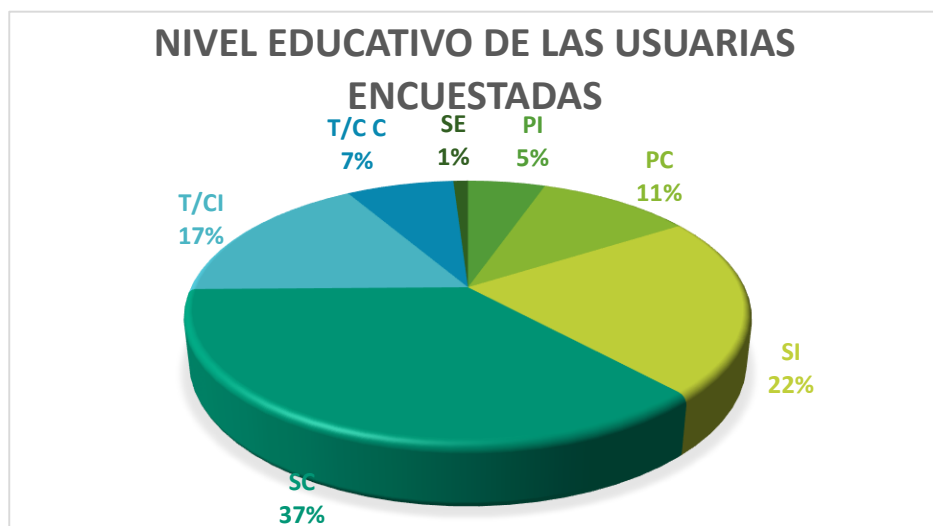
³“Aborto: la Justicia eliminó un escrache a una médica en Facebook”. Nota periodística publicada en Tiempo Judicial. Disponible en <https://tiempojudicial.com/2022/05/26/la-justicia-decidio-eliminar-un-escrache-a-una-medica-en-facebook/>

⁴“Sobreyeron a Miranda Ruiz, la médica imputada por realizar una interrupción legal del embarazo” Nota periodística publicada en Télam. Disponible en <https://www.telam.com.ar/notas/202209/605768-salta-aborto-miranda-ruiz-medica-sobreseida.html>

⁵“La Corte Suprema resolvió que en Salta no podrá darse educación religiosa en las escuelas públicas en el horario escolar y como parte del plan de estudios” Nota periodística publicada en sitio web Centro de Información Judicial. Disponible en <https://www.cij.gov.ar/nota-28821--La-Corte-Suprema-resolvi--que-en-Salta-no-podr--darse-educaci-n-religiosa-en-las-escuelas-p-blicas-en-el-horario-escolar-y-como-parte-del-plan-de-estudios.html>

5. Las usuarias salteñas

Las usuarias encuestadas tienen las siguientes características:



Referencias de gráfico de estudios alcanzados: primario incompleto (PI), primario completo (PC), secundario incompleto (SI), secundario completo (SC), terciario o universitario incompleto (UI), terciario o universitario completo (T/UC), y sin estudios (SE)

Todas las usuarias encuestadas son mujeres con un rango de edad entre los 14 y los 64 años, con una edad promedio de 29 años. Predomina el rango etario de 20 a 25 años.

39,38% de las encuestadas no completo la educación formal obligatoria. Solo el 36.36% de las usuarias encuestadas tiene a la educación obligatoria completa (primaria y secundaria completa). 5% de las encuestadas no completo la primaria, el 11% solo completo sus estudios primarios y el 37% finalizó la secundaria.

Empleo y programas sociales:

El **6 de cada diez usuarias encuestadas no tiene empleo remunerado**, contra el 36% que, si lo tiene, de las cuales un 30% presenta ingresos inferiores a los \$30.000.

Un 50% tiene ingresos entre \$45.000 y \$50.000, es decir, por debajo del Salario Mínimo Vital y Móvil.

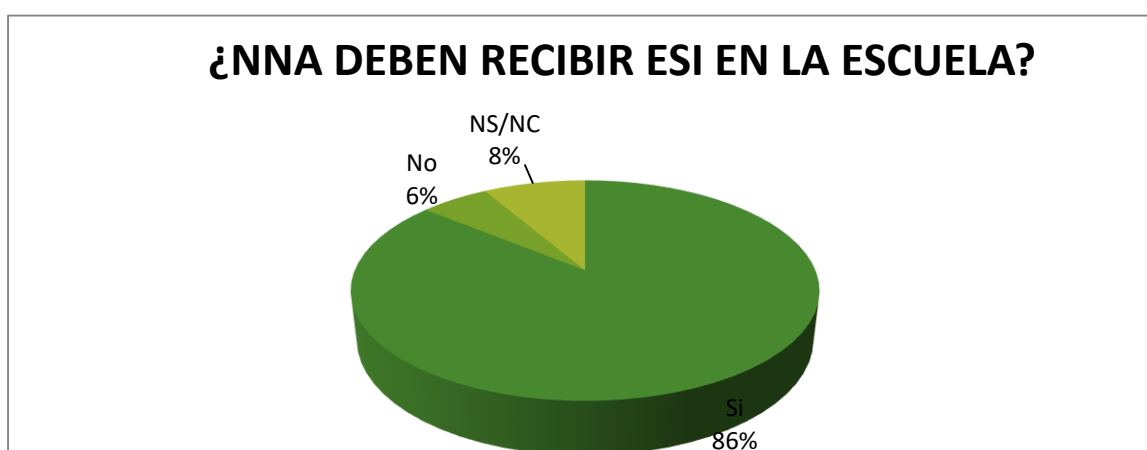
50,38% de las encuestadas recibe algún plan social, siendo en el 70% de los casos la Asignación Universal por Hijo. Otros planes mencionados de manera frecuente son el PROGRESAR y la pensión a madres de 7 hijos.

59,40% (79 de 133) de las encuestadas tiene familiares a cargo, en la mayoría de los casos se trata de hijos. Registramos casos de hasta 9 familiares, entre personas mayores e hijos, al cargo exclusivo de la usuaria encuestada.

4 de cada 10 de las encuestadas tiene una pareja estable con la que conviven.

Frente a la pregunta **¿Consideras que los adolescentes pueden asistir solos a una consulta?** **5 de cada 10** usuarias encuestadas acuerda con que NNA pueden recibir información y provisión de un MAC, aun sin compañía de sus padres. Y el 8.35% considera que dependerá de su edad y grado de madurez.

Entre aquellas que desconocen la autonomía progresiva de NNA una de las razones que se repiten con mayor intensidad es la falta de madurez de les adolescentes: “Son poco maduros para entender todo” (Patricia, 41 años) y “No tienen la capacidad para decidir” (Teresa, 26 años), lo cual nos hace cuestionarnos qué grado de eficacia tiene la implementación de la Ley 26.1520 de Educación Sexual Integral (ESI) en la provincia.



9 de cada 10 de las usuarias encuestadas indicó que NNA deben recibir ESI en la Escuela.

Se destaca el comentario de una **profesora rural de nivel secundario de Cachi**, quien nos comentó que ella es *“la única dispuesta a brindar educación sexual en el único colegio secundario de la localidad, que integra entre su alumnado a una gran población de niñas y adolescentes de comunidades originarias”*

En las Observaciones no participantes se pudo advertir que se atiende a adolescentes tanto solos/as como acompañadas de amigos o familiares. Las adolescentes son atendidas, sólo en casos de vulnerabilidad dan aviso al servicio social. Pudimos notar situaciones discriminatorias en el trato del personal administrativo y de recepción, que trataba diferente a las adolescentes según asisten solas o acompañadas y según su clase social.

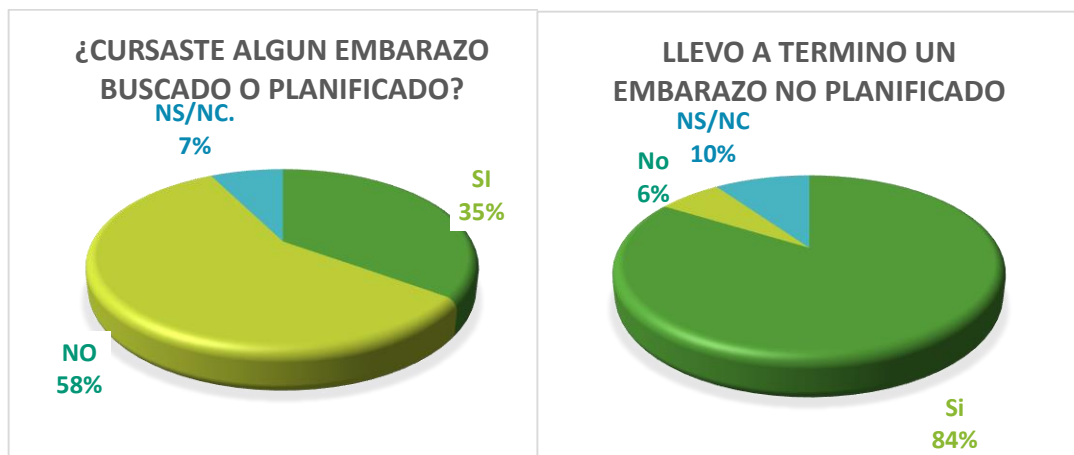
Es destacable que, en los Centros de Salud, las adolescentes llegan muchas veces acompañadas de agentes sanitarios con quienes pudimos notar, comparten un vínculo de confianza que les acerca a los servicios de salud. Les agentes de salud realizan muchas veces el trabajo de campo convocando jóvenes para la colocación de implantes subdérmicos y se colocan a diario siempre y cuando haya personal preparado para esto.

La preocupación acerca de la falta de ESI y su impacto en la salud de las adolescentes es compartida por efectores de salud en las entrevistas en profundidad:

- “Nuestra generación no ha logrado esa formación y les cuesta reaprender y transmitir a los chicos.” (Integrante del equipo de Salud del Hospital de Orán).

- “Está llegando poca información al adolescente, que es la mayoría de la población que atiende, que conocen lo básico en cuidado y lo demás lo manejan poco.” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Público Materno Infantil**).
- “No. La ESI no se garantiza en las escuelas. Acá vienen muchos chicos y chicas sin conocer nada de nada de educación sexual.” (**Integrante del equipo de salud de C.S. Güemes**).

EMBARAZO NO PLANIFICADO:



4 de cada 10 encuestadas transitó un embarazo no planificado y el 84% de estas lo llevó a término.

Pese a que más del **9 de cada 10** usuarias dice saber que tienen derecho a obtener un método anticonceptivo (MAC) de forma gratuita de parte del Estado, sólo la mitad dijo que uso uno antes de su primer embarazo, siendo 25 años la edad promedio de las usuarias encuestadas.



No podemos evitar comparar estos números con los niños nacidos vivos de madres menores a 15 años entre 2016 y 2020 en Salta que, a pesar de haber disminuido comparado con años anteriores, siguen siendo preocupantes.

6. Métodos anticonceptivos (MAC)

a. ¿Qué saben las usuarias sobre MAC?

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

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

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

8 de cada 10 usuarias reconoció haber utilizado alguna vez un MAC. Sin embargo, sólo el 48% dice haberlo usado antes de su primer embarazo.

Los métodos más conocidos de acuerdo por las usuarias salteñas encuestadas son: el preservativo masculino (99%) y las pastillas anticonceptivas (93%), seguido por la anticoncepción de emergencia (92%) y en menor medida la ligadura de trompas (73%). El método menos conocido es el SIU (1.4%).

Los MAC más utilizados por las usuarias son las pastillas anticonceptivas 27.87%, el DIU 22.95% y el preservativo masculino 18.30%

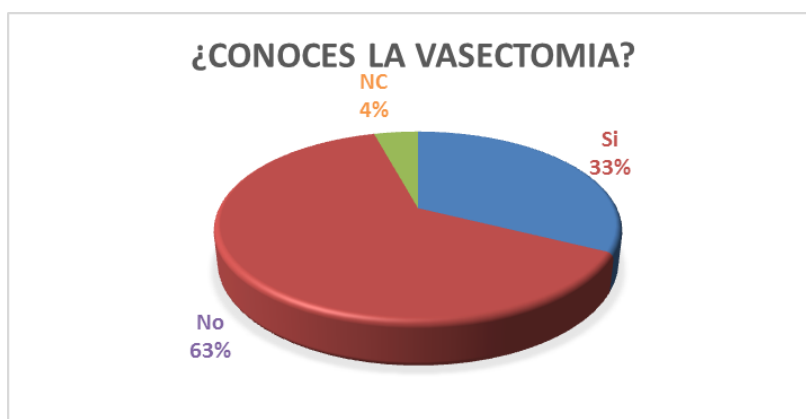
Por otro lado, indagamos si la fuente del conocimiento que tienen las usuarias sobre MAC para establecer qué grado de calidad tiene su elección y destacamos los siguientes hallazgos: si bien las pastillas anticonceptivas son conocidas por **9 de cada 10** de las usuarias, la información que manejan sobre su uso solo proviene del personal de salud en un 29% de los casos.

VASECTOMÍA

Solo **4 de cada 10** usuarias encuestadas conoce la vasectomía.

7 de cada 10 encuestadas dijo que ningún profesional le explicó en una consulta de salud que su pareja podía hacerse una vasectomía y que dicho MAC evitaría tener más hijos.

Se destaca el siguiente comentario “No sabía de la vasectomía, me sorprendió mucho, no me dijeron que mi marido podría hacerse eso” (usuaria madre de 6 hijos, C.S. 9 de Julio)



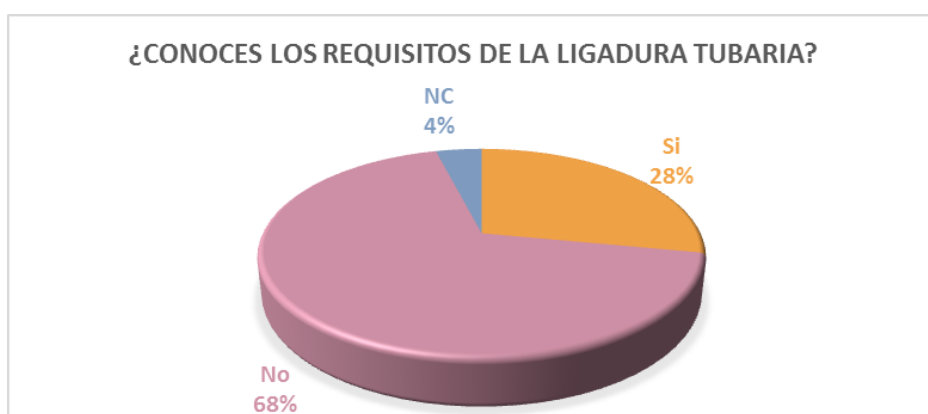
Ahondando sobre el tema en Entrevistas en profundidad se extrajo el siguiente comentario: “Cuando uno les dice “vasectomía” creen que les estás hablando de mutilación genital o algo así, el hombre no entiende que significa ni tampoco quiere escuchar, cree que es un ataque a su hombría” (integrante del equipo de Salud del Hospital de Orán)

LIGADURA TUBARIA

7 de cada 10 usuarias encuestadas dijeron conocer la ligadura tubaria, pero el 70% de las encuestadas reconoció que desconoce sobre sus requisitos legales. La Ley N° 26.130 tiene como únicos requisitos para este método: 1) mayoría de edad; 2) consentimiento informado.

Algunas de aquellas usuarias que tenían conocimiento de los requisitos, poseían información incompleta o poco exacta. Por ejemplo, varias de las usuarias estaban seguras de que uno de los requisitos era haber tenido al menos un hijo.

En la Ciudad de Salta solo los hospitales de 4to nivel garantizan el acceso a la ligadura tubaria, provocando que las mujeres de comunidades alejadas de la provincia no puedan acceder, o deban movilizarse cientos de kilómetros.



El nivel de desinformación es profundo, puesto que las mujeres que dicen conocer los requisitos poseen información incompleta o errada. Destacamos los siguientes comentarios recogidos de **usuarias** y de **entrevistas en profundidad** a profesionales:

- “Cuando ya se tiene muchos hijos. A mi vecina, que tiene 7 hijos, le dijeron que ya no tenga más, que se puede morir, entonces le ligaron. Por ejemplo, no podés tener más de 3 cesáreas porque te ligan si o si”. (**usuaría de C. S. Güemes**)
- “Me la hicieron cuando tuve la nena (a la ligadura). En ese momento fue de urgencia en el quirófano. Yo no estaba consciente. Ellos solos decidieron (...) Yo no sabía. (...) Me decían que podía hacerle problemas al médico, pero ya estaba hecho” (**usuaría madre de 3 hijos, C.S. Patrón Costas, Orán**).
- “Yo tengo un consultorio donde recibo pacientes, que me consultan sobre información y otras directamente solicitan la lisis tubaria. Me llama la atención la experiencia que relatan que después a un parto, no le quieren hacer la lisis, porque son muy jóvenes y que después le dicen que se van a arrepentir. Incluso mujeres con 4 hijos” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**)

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA (AHDE)

9 de cada 10 usuarias salteñas encuestadas conoce la anticoncepción hormonal de emergencia y la reconocen como “pastilla del día después”.

El 48% dice haberla utilizado en algún momento de su vida, pero **solamente 6%** indicó haber recibido información sobre su uso por parte del personal de la salud.



Entre los comentarios sobre la AHDE resaltamos que varias usuarias no tenían idea de que era posible acceder a “la pastilla del día después” de forma gratuita.

Se observó que no todos los servicios de salud la tienen a disposición de las usuarias, mientras que otros la tienen a disposición, pero exigen una consulta ginecológica posterior.

Al consultar a las usuarias sobre las AHDE, vemos reflejado en sus comentarios los malos tratos del personal de salud y la desinformación que emiten estos. Se destaca el siguiente comentario “Yo tome la del día después 2 veces, cuando le conté a la gineco de acá me dijo que no lo haga más porque me voy a quedar seca (estéril), me dio unas pastillas para todos los días (...) ya no las tomo porque me hacían mal” **(Usuaría de 24 años del Hospital Papa Francisco)**

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

- “Se niegan a entregar anticonceptivos en base a concepciones personales, existe un doble discurso y eso dificulta, crea una barrera en el acceso”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán)**
- “Falta mucho por hacer. Anticonceptivos si se da, pero a veces falta para entregar, no siempre vienen a buscar, falta información” **(Integrante del equipo de salud del C.S. 9 de Julio)**
- “Y el acceso a la anticoncepción también es bastante escasa, muchas trabas, uno no hay turno, dos no hay continuidad -todos los meses deben sacar el turno para acceder a las pastillas o al inyectable, si tenes inyectable, el enfermero no te lo coloca si no tenes el pedido del médico a pesar de que hay una resolución ministerial que dice que no necesitas la indicación del médico si ya están en el programa. Lo mismo para el acceso al DIU, también hay faltante de insumo, por ejemplo, para una población de 300 mujeres que consumen el inyectable llegaba a 50 unidades, entonces si hay faltantes, no tanto con las pastillas. Con el DIU por ahí no acceden todas. En general falta de acceso al insumo.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno)**

b. Información sanitaria y elegibilidad

El proceso de elección y uso efectivo de un MAC está fuertemente incidido por la calidad de la información profesional que reciba la mujer.

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

Además, en refuerzo de la legislación más antigua, la Ley 27.610 de “Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo” prevé en su art. 2 inc. d. como derecho de las

personas con capacidad de gestar “Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.”⁶

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

Por autonomía de la voluntad debe entenderse “*el derecho a **aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa***”⁷. La información sanitaria brindada por el/la profesional de salud resulta clave para la toma de decisiones libres y debe entenderse como “*aquella que, de manera **clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos***”⁸

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

Solo **6 de cada 10** encuestadas recibió información eficaz para la elegibilidad de su MAC. El 27% de las usuarias encuestadas no recibió ningún tipo de información que favorezca la elección y el 12.68% parece haber recibido información no satisfactoria en tanto contesta “si, algo” y el 2.82% recibió un MAC, pero señala: “no me explicaron mucho”. Algunas usuarias que no recibieron información comentaron que no se animaron a preguntar.

A partir de las **observaciones participantes y no participantes** notamos lo siguiente: Hay cartelería sobre preservativos y VIH, no hay cartelería ni folletos disponible sobre anticoncepción quirúrgica” (**Hospital San Bernardo**). Hay cartelería sobre HPV, preservativo masculino y colocación de implante subdérmico. En la puerta del consultorio de Consejería sobre salud sexual del plan ENIA hay carteles redondeados con QR que al escanearlo redirige a la página oficial del plan ENIA (<https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia>), además de frases sobre el



⁶ Art. 2 inc. d. de Ley 27.610.

⁷ Art. 2 inc. e) de la ley N° 26.529.

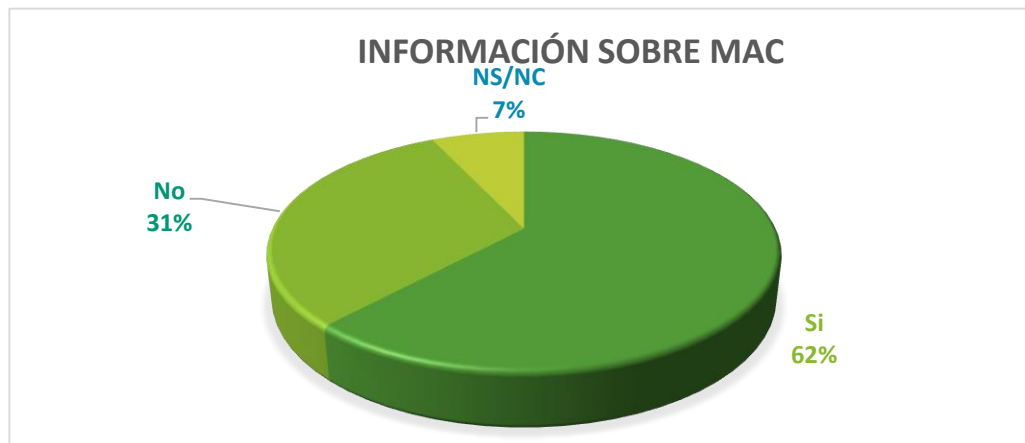
⁸ Art. 3 de la ley 26.529.

consentimiento en las relaciones sexuales” (**Hospital de Orán**). A pesar de ser el Hospital “Materno”, tiene escasa cartelera sobre salud sexual, pudimos ver carteles sobre el uso de preservativo y dos carteles pequeños con los números de teléfono donde sacar un turno para acceder a una IVE o ILE. Vimos mucha cartelera sobre misas religiosas, y reuniones en iglesias católicas” (**Hospital Materno**). “Es necesario solicitar la folletería en la recepción, si bien están a la vista, están del lado de adentro del vidrio que separa recepción de la sala de espera. Hay afiches escritos a mano que invitan a una charla sobre lactancia materna y cartelera sobre Zika y dengue” (**C.S. Güemes**).

Respecto del último comentario **¿Qué pasa con quienes no tienen acceso a tecnología?** La barrera informática no debe ser un obstáculo para el acceso a la información. Aquellas personas que no poseen dispositivos móviles actualizados no podrán escanear un código QR, por lo cual no importa que tan completa sea la información alojada en la página web, si es inaccesible para algunas usuarias. También es importante resaltar que en ninguno de los servicios encontramos información en formatos accesibles para personas no videntes.

Para conocer más sobre la posibilidad de elegibilidad de las usuarias respecto de los MAC preguntamos si alguna vez solicitaron anticonceptivos en un Servicio de Salud: **5 de cada 10 mujeres solicitó anticonceptivos y el 7% respondió que les fue negada la provisión de MAC.**

Frente a la pregunta **“¿Durante la última consulta ginecológica, ¿el/la profesional te informo sobre métodos anticonceptivos?”** 6 de cada 10 respondió afirmativamente, mientras que el 31% no recibió información al respecto y un 7% no recuerda si recibió información sobre MACs alguna vez.



Se destaca el siguiente comentario extraído de una de las encuestadas: “antes de primera mi nena yo tomaba pastillas las pedía acá, después mucho tiempo no hubo en la salita y yo no tenía para comprar, y ahí quede embarazada. Ahora tengo el DIU” (**Usuaría entrevistada afuera del C.S. Patrón Constas**)

Consultadas específicamente sobre los métodos conocidos y aquellos más utilizados, aquellas mujeres que respondieron afirmativamente que habían solicitado MAC en instituciones públicas (67%) se evidencia que:

Ninguna de las encuestadas refirió que la responsabilidad de usar un MAC fuera compartida en la pareja, a pesar de que el 55,64% de las usuarias dijo que tiene una pareja

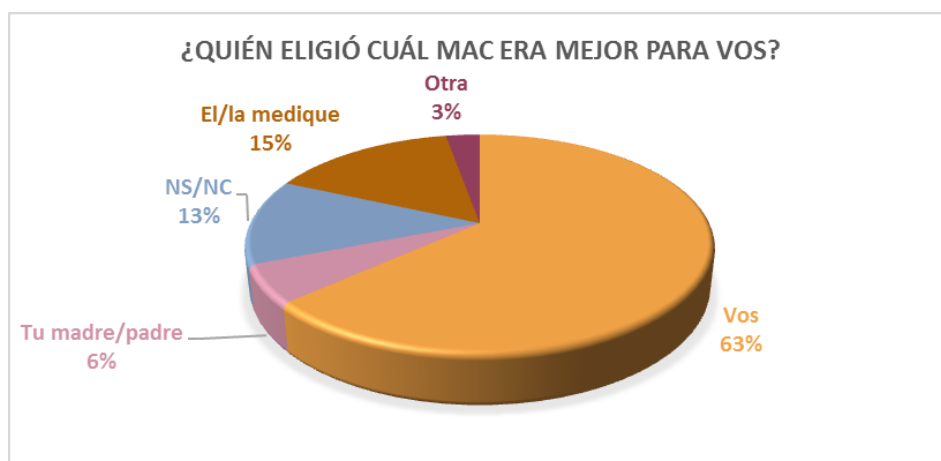
estable. Ninguna de las encuestadas sabía que su pareja podía realizarse una vasectomía en un Servicio de Salud pública, y sólo 3 de cada mujer encuestada conoce que es una vasectomía.

Se destaca el siguiente comentario de una usuaria: “Muchas me comentaron que se les pudrió la matriz con eso.” Al ser consultada sobre si alguna vez había recibido información sobre el DIU de parte de un profesional dijo que no. Nos contó que no le gustaba ir al ginecólogo porque “cuando me ligaron las trompas la trataron muy mal porque tenía sobrepeso, tenía grasita y ellos pensaban que estaba supurando. Me dolía demasiado y me decían que aguante”. **(Usuaria del Hospital de Orán, 49 años)**

Entre los comentarios de las usuarias encuestadas se repite que les negaron MACs, les dieron como razón a la negativa que su domicilio no pertenecía al área de cobertura del Servicio de Salud. Destacamos el siguiente comentario “fui al centro de salud aeroparque, porque yo vivo a 5 cuadras de ahí, pero no estoy censada ni tengo agente sanitario. En ese momento recién había tenido a mi primera nena y quería cuidarme. **Me dijeron que saque turno acá en el Hospital, que me queda mucho más de lejos, porque ellos no cubren mi zona**” (Ramona, 25 años).

Hasta acá los datos informan lo que las usuarias saben sobre salud reproductiva. Sin embargo, la elección de un MAC supone conocer todos los métodos y entender cómo funciona cada uno, para luego elegir y consentir libremente, es decir con toda la información necesaria, usar el que más se adecúe a sus necesidades y preferencias.

Sobre la elegibilidad de los MAC observamos que **4 de cada 10** mujeres encuestadas NO eligió su método anticonceptivo.



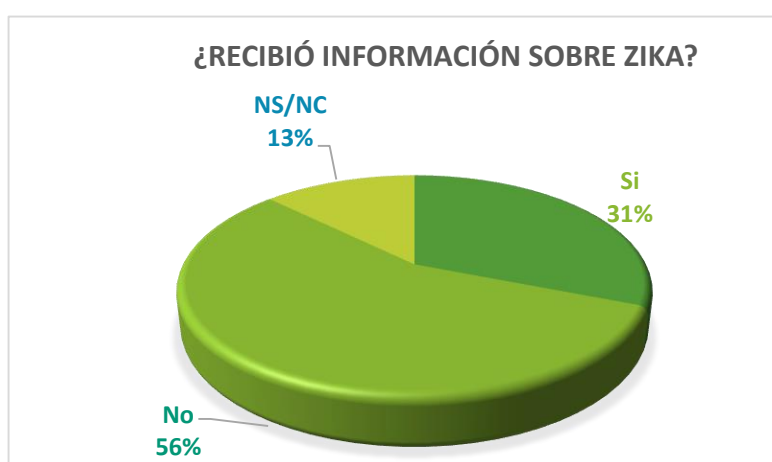
Varias encuestadas confesaron que cuando empezaron a tomar un MAC, no sabían cómo funcionaba ni que efectos tendría en sus cuerpos “a mí la agente sanitaria me llevó las pastillas a mi casa y me dijo que la tome todos los días y que si se me acababan pida más. ME dijo que era para que ya no me embarace, a mí me pareció bien y le hice caso” **(usuaria del C.S. 9 de Julio)**

Si bien 5 de cada 10 de las mujeres encuestadas no usaba un método anticonceptivo antes de su primer embarazo, el haber ingresado al sistema de salud pública a causa de los controles que conlleva el embarazo y finalmente la atención al parir, tampoco les aseguro a las usuarias un método anticonceptivo ni información sobre estos. **Más de la mitad de las**

mujeres encuestadas salieron de parir sin un MAC y aquellas que no recuerdan posiblemente salieron en iguales condiciones.

La gran mayoría de aquellas que recordaron el método proporcionado mencionaron que se trataba de “las pastillas para la lactancia”, desconociendo totalmente que este no es un método anticonceptivo. La frecuencia absoluta referida a la opción “No sabe / No corresponde” se refiere a aquellas mujeres que aún no tuvieron hijos.

A pesar de que cada año en épocas de calor son intensas las campañas organizadas por el Ministerio de Salud para concientizar acerca del dengue, Zika y chikungunya y aun cuando las implicancias del Zika para la gestación son graves y de público conocimiento, **el 56,34% de las usuarias encuestadas manifiestan no haber recibido información sanitaria sobre el tema.**



Este dato resulta relevante por cuanto Salta es una de las provincias con **mayor alerta respecto de dengue, Zika y chikungunya.**

A pesar de los números obtenidos, podemos decir que el zika es un tema en la agenda sanitaria, puesto que **8 de cada 10** servicios visitados tenían disponible información sobre Zika, dengue y chikungunya en carteles y folletos.

A partir de comentarios de las usuarias pudimos conocer que los encargados de dar a conocer los peligros del Zika son los y las agentes sanitarios, que además de difundir información se encargan de rastrillar los barrios de las ciudades de Salta en detección de síntomas de estas enfermedades o de centros de proliferación del mosquito *Aedes aegypti*.

Se destaca el siguiente comentario: “a mi ningún médico me explicó, la agente sanitaria me llevo folletos y repelente, le dijo a mi hija mayor que se cuide mucho porque esa enfermedad deforma al bebé, ella está embarazada de 6 meses” **(Usuaria de 22 años)**

Se destaca la siguiente observación no participante: “respecto al Zika se observa cartelera (grande y visible) sobre prevención, síntomas y recomendaciones. Se recomienda limpiar patios y no dejar agua estancada, también recomienda a embarazadas usar repelente para cuidar al bebe. Por el contrario, no hay información sobre métodos anticonceptivos, salvo el preservativo. Tampoco hay información sobre acceso a IVE o ILE” **C. S. Bº Los Pinares.**

c. Principales barreras u obstáculos para el acceso

DESCONOCIMIENTO SOBRE MAC DISPONIBLES Y SU FUNCIONAMIENTO.

Les adolescentes que concurren a los servicios de salud pública de la provincia, gracias a su falta de recursos simbólicos, a veces tienen dificultades para comunicar sus necesidades y preferencias y es común escuchar entre las personas encuestadas que sienten pudor de consultar sobre MACs u otros temas que hacen a su salud sexual.

A ello debe adicionarse la fuerte presencia religiosa que en todos los Centros de Atención de la salud, de todos los niveles de complejidad y en todo el territorio de la provincia. La presencia de imágenes religiosas no se limita a la decoración edilicia, existen “mini altares” ubicados en distintos lugares de los Centros de Atención y un fuerte activismo conservador dentro de las Instituciones que nos ha llevado en una Observación Participante a fotografiar a un integrante del equipo de salud que, a la vez que nos brindaba información falsa sobre el acceso a la IVE, blandía en su muñeca un rosario de color celeste.

Este es el contexto que rodea el derecho a decidir dentro de muchas instituciones y consideramos que no debe ser pasado por alto a la hora de cualquier análisis sobre acceso y calidad de atención de cuestiones que involucran la soberanía sexual.



La **volubilidad de Ley de Educación Sexual Integral (ESI)** en la provincia, implementada en por medio de la **Resolución 1004/19** del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Salta, establece que *“esta debe estar presente en todos los establecimientos educativos*

*públicos que conforman el sistema educativo provincial, tanto de gestión estatal como privada, en los diferentes niveles obligatorios”.*⁹

Bajo este obstáculo se toma nota de comentarios extraídos en **entrevistas en profundidad** a miembros del equipo de salud de los servicios visitados:

- “Creo que las chicas que vienen tienen muchas necesidades y saber sobre planeación es lo último que les importa, hablar de métodos anticonceptivos muchas veces les da vergüenza, no quieren preguntar” (**Integrante del equipo de salud del C. S. Retambay**).
- “Yo creo que no se cumple la ESI como debería. En la Escuela, puede que sí porque de hablar con pacientes o de dar talleres en escuelas que los docentes nos llaman, noto que los conocimientos son mínimos, escasos, no entienden. La fisiología de los cuerpos y cómo funcionan los anticonceptivos, así que yo creo que eso no se garantiza”. (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).
- “Hay mucho tabú respecto de la salud sexual, acá atendemos muchas mujeres wichí y para ellas tomar métodos anticonceptivos es muy raro, muchas creen que les va a hacer mal. Algunos de los compañeros no tienen paciencia para explicarles y a veces las tratan mal, les hablan fuerte”. (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán**).
- “Con respecto a si se garantiza la salud sexual y reproductiva, pienso que es un gran déficit que no, una gran falla que desde el primer nivel que debería llegar la paciente. La primera puerta del sistema público de salud donde es donde hay muchas barreras sociales, sobre información, hay muchas cuestiones subjetivas desde el profesional que la recibe hasta que llega la paciente a la consulta, es decir, **desde el enfermero o administrativo hasta el médico, que creo que hacen que la paciente no pueda elegir libremente con información que corresponde con que cuidarse**. Y ahí es donde si tenés la consulta previa o controles previos con la ginecóloga no te van a entregar las pastillas, no tenés hijos no te podés poner un DIU, bueno esas cosas que estas en 2022 todavía pasa eso. Hay mucha desinformación, en lugar de poner la objetividad en la mesa, decir bueno esto es lo que dice la evidencia científica, tal vez yo no te lo recomendaría, pero no. La opinión, ante todo, entonces la evidencia científica se pierde. La paciente internaliza, hay mujeres que le piden a la pareja que le firme el consentimiento informado”. (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).

BARRERAS BUROCRÁTICAS Y DESABASTECIMIENTO

Por barreras burocráticas o de desabastecimiento debe entenderse a **todos aquellos obstáculos que hagan a la organización interna para la prestación del Servicio de Salud y/o cuestiones que aluden a la falta o escasez de insumos**.

En **entrevistas en profundidad** con profesionales de los distintos servicios encuestados, destacamos los siguientes comentarios:

⁹ Art. 1. Res. 1004/19 del Ministerio de educación, Ciencia y Tecnología de la Provincia de Salta.

- “Cuando yo empecé a trabajar no estaba la ley de procreación y tenía que comprar DIUs o pastillas en Bermejo (Rep. de Bolivia), que era más barato. Ponerse un Diu era como para la élite en ese momento. Hoy estamos mejor, pero aún hay muchas barreras culturales y económicas”

(Integrante del Equipo de Salud del Hospital de Orán).



- “El acceso a la anticoncepción también es bastante escasa, muchas trabas, uno no hay turno, dos no hay continuidad, todos los meses deben sacar el turno para acceder a las pastillas o al inyectable, si tenés inyectable, el enfermero no te lo coloca si no tenés el pedido del médico a pesar de que hay una resolución ministerial que dice que no necesitas la indicación del médico si ya están en el programa. Lo mismo para el acceso al DIU, también hay faltante de insumo, por ejemplo, para una población de 300 mujeres que consumen el inyectable llegaba a 50 unidades, entonces si hay faltantes, no tanto con las pastillas. Con el DIU por ahí no acceden todas. En general falta de acceso al insumo” Miembro del equipo de salud del **Hospital Materno**.
- “Hoy si se acude a anticonceptivo, pero hay barreras, no siempre tenemos todos los recursos, por ejemplo, la inyección mensual, pero respecto de antes de la Ley de Procreación ha cambiado mucho, antes tenían que venir con una receta todos los meses.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**
- “Si bien ahora hay más acceso a métodos, esto ha pasado después de un tiempo, sobre todo el año pasado, hubo déficit de inyectable, entonces las que venía cuidándose tuvo que cambiar el método y luego fue donde vinieron los mayores problemas”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**
- “Preservativos tienen a disposición, pero si quieren un método como pastillas, tienen que venir con la ginecóloga, acá los con compañeros (agentes sanitarios) vamos casa por casa avisando a las chicas cuando se va a colocar implantes, a veces vienen pocos implantes y la mitad se quedan esperando, pero, aun así, ahora estamos mejor que antes, hubo años donde no llegaban ni preservativos”. **(Integrante del equipo de salud del C. S. Solidaridad).**

INFORMACIÓN GRÁFICA SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

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

El mismo Estado nacional entendió que *“la Ley N.º 25.673 importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros”*.

En Salta los encargados de difundir estos derechos son los agentes sanitarios, quienes muchas veces no cuentan con la información suficiente para hacer efectiva esta difusión.

- En **entrevistas en profundidad** muchos reflejaron que no recibieron capacitación respecto DDSSRR, “salvo control prenatal, planeación familiar, y otras cosas sobre el embarazo”. (**Integrante del equipo de salud del C.S. Retambay**)
- “En la tecnicatura vemos en Ética el tema de las violencias y los derechos sexuales, pero no es suficiente” (**Integrante del equipo de Salud del C. S. Patrón Costas**).

En casi todas las **observaciones no participantes** se detectó el déficit de información gráfica vinculado con la salud sexual: “Observamos cartelera bastante pequeña pero visible sobre métodos anticonceptivos. El mismo indica: “el mejor método anticonceptivo es el que vos elegís” detalla los métodos anticonceptivos contenidos en la canasta básica. Luego,



observamos cartelera sobre VIH y uso de preservativos, no hay visibles otros carteles sobre DDSSRR”. (**Hospital de Orán**). “No hay ningún cartel sobre derechos sexuales y reproductivos, los carteles que se encuentran en las paredes son de campañas de vacunación, donación de sangre y el cáncer de mama” (**Hospital San Bernardo**). “Observamos solo un cartel sobre IVE en la sala de espera y otro sobre preservativos, mientras que identificamos

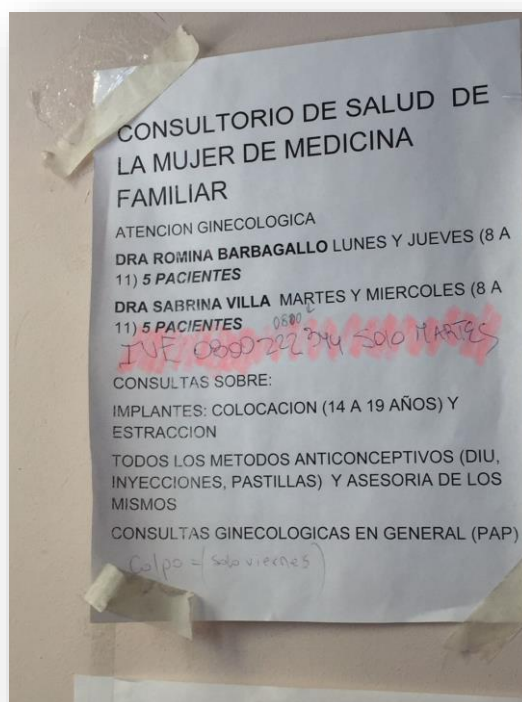
más de 10 carteles sobre rezos, misas religiosas y sobre la vida fetal, carteles contra el aborto, no había ningún folleto a disposición” (**Hospital Materno**). “Se observó la falta de folletería y/o carteles sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo, dentro del consultorio de ginecología se pudo observar cartelera sobre ETS, HIV, métodos anticonceptivos y uno más pequeño con la línea de salud sexual para solicitar IVE o ILE”. (**C. S. Campo Caseros**). “Caminando por el hospital no se observan dispensarios de pastillas y/o preservativo. Cuando consultamos nos indicamos que debíamos solicitarlos en farmacia, allí nos dieron una bolsa de papel marrón con 10 preservativos y sobrecitos de geles, todos ellos rotos, manchando la bolsa de papel”. (**Hospital Materno**). “Hay carteles sobre el uso de anticonceptivos, la vacuna contra el VPH y cáncer de mama. No hay folletos, pero no hay carteles que indiquen sobre ILE e IVE”. (**C.S. Patrón Costas**).

OBSTÁCULOS MÉDICO-BUROCRÁTICOS EN EL CIRCUITO DE ATENCIÓN

Los obstáculos burocráticos -derivaciones innecesarias, exceso de espera, circuitos engorrosos, turnos a largo plazo o ausencia de profesionales disponibles- también suponen una barrera para acceder a la salud sexual y reproductiva.

Para tener idea del recorrido que realiza una mujer en una Institución para acceder a un MAC se transcriben las siguientes **observaciones participantes**: “Cuando consultamos por pastillas anticonceptivas en administración, nos derivaron a infectología, allí nos indicaron que solo proporcionaban MACs en casos específicos, ni siquiera tenían preservativos disponibles” (**Hospital San Bernardo**). “Al consultar por pastillas anticonceptivas, nos enviaron a la farmacia, allí nos indicaron que solo podíamos acceder con una receta de un ginecólogo/a, para solicitar turno debíamos venir a las 6.30 am, solo se otorgaban 8 turnos por día”. (**Hospital del Milagro**)

De **observaciones no participantes** se destaca: “No hay un espacio específico de salud sexual y reproductiva. Solo hay una caja en la recepción de donde podés retirar anticonceptivos “. (**C.S. 9 de Julio**). “No hay anticonceptivos disponibles a la mano, deben solicitarse en enfermería si se busca preservativos o anticoncepción de emergencia, o en un consultorio de otros métodos. Aparte, la oficina del plan ENIA que está dentro del Hospital entrega anticonceptivos, pero solo atiende de 8hs a 18hs” (**Hospital de Orán**.)



7. Abortos permitidos por la ley

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

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

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

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

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



Caseta de opciones por la vida. Hospital Materno Infantil (Salta capital)

a. Causal salud (ILE)

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

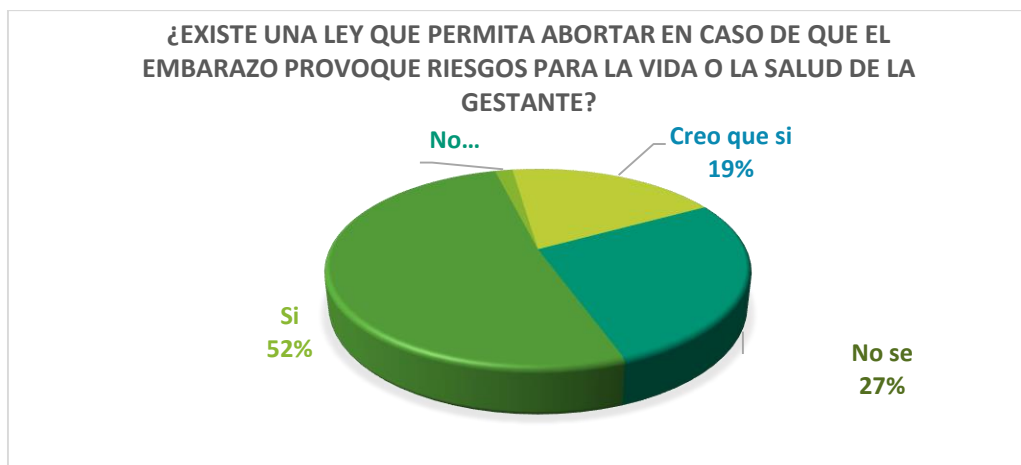
Sobre el concepto de “salud mental” la ley N° 26.657 indica que es *“un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos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

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

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

¿QUÉ SABEN LAS SALTEÑAS SOBRE ILE POR CAUSAL SALUD?

Solo **5 de cada 10** mujeres encuestadas conoce la denominada “causal salud” como alternativa terapéutica lícita para poner fin a un embarazo riesgoso.



Para conocer qué entienden las usuarias por “causal salud” indagamos **¿Cuándo consideras que un embarazo pone en riesgo la salud de la mujer?**

Se extraen los siguientes comentarios entre las usuarias encuestadas: “Cuando no lo quiere tener, no importa” (**usuaria de 21 años**) “Si puede llegar a dañar su salud tener el bebé” (**usuaria de 33 años**) “Cuando la madre es de corta edad (menor de 13)” (**usuaria de 43 años**) “Cuando el bebé está mal posicionado” (**usuaria de 46 años**) “Cuando por enfermedades de ella o del bebé el parto sea peligroso” (**usuaria de 32 años**) “Cuando dañe su salud física o psicológica” (**usuaria de 25 años**) “Cuando la mujer es mayor de 40” (**usuaria de 30 años**) “Hay muchas situaciones. Cuando la niña es muy menor, cuando ya sus muy mayor, o cuando él bebe tiene alguna condición” (**usuaria de 26 años**) “Cuando la mujer no quiere ese embarazo” (**usuaria de 26 años**) “Cuando sus niñas, muy chica de edad y contextura”. (**usuaria de 43 años**)

Se destaca positivamente que, en comparación con los resultados obtenidos de otras ciudades del norte entre los años 2017 y 2019, donde las usuarias indicaban como únicas razones enfermedades físicas, mientras que hoy **las usuarias tienen una clara noción de que la salud abarca no sólo un aspecto físico, orgánico, sino que también implica el estado psíquico y emocional de cada persona, que hace al completo bienestar físico, psíquico y social.**

La mayoría de las mujeres encuestadas **reconoce los riesgos para la salud que impone un embarazo en una niña** y que han sido ampliamente reconocidos por la OMS, como así también por las Sociedades Científicas de mayor reconocimiento.

En aquel momento, las respuestas eran “*cáncer – diabetes - presión alta – asma – problemas cardíacos*” o respuestas afines que indicaban una clara noción biologicista, lo cual permite inferir que hubo un avance en términos de información respecto de la importancia de la salud mental y la autonomía, temas que probablemente fueron puestos en la mesa a partir del debate alrededor de la interrupción voluntaria del embarazo.

Al ser consultadas sobre la posibilidad de interrumpir un embarazo cuando el feto tiene malformaciones graves o incompatibles con la vida, un **42% dijo saber que es posible interrumpir estos embarazos**, 40,32% se mostró insegura al respecto, y el 18% considera que no es posible.



De acuerdo al **Informe Anual del Ministerio de Salud de la Nación “ImplementAR IVE/ILE”¹⁰**, que plasma los datos de las IVEs e ILEs garantizadas en todo el territorio nuestro país hasta el 30 de septiembre de 2022, **en Salta se hizo un total de 2.799 IVEs o ILES**. Lamentablemente este informe no disgrega entre interrupciones legales y voluntarias, pero de todas formas nos sirve de parámetro para identificar el vacío con el que se encontraban las usuarias, hace no mucho tiempo, al solicitar una práctica lícita, regulada desde hace más de 100 años.

¹⁰ Informe Anual 2022. ImplementAR IVE/ILE Ley 27.610. Ministerio de Salud de la Nación. 2022.

b. Causal violación (ILE)

Bajo la denominación “Causal Violación” se encuadra la interrupción legal de un embarazo que es producto de una violación o un abuso sexual. En cualquier caso, una relación sexual no consentida. El fallo F.A.L despejó toda duda acerca de si la mujer con derecho a abortar era solo la que tenía una restricción en la capacidad o competencia y desde 2012 esa duda quedó saldada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación cuando sostuvo que sería discriminatorio autorizar el aborto solo del embarazo forzado de la mujer “idiota o demente”.

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

¿QUÉ SABEN LAS SALTEÑAS SOBRE ABORTO POR “CAUSAL VIOLACIÓN”?

7 de cada 10 usuarias encuestadas sabe que existe una ley que permite interrumpir un embarazo cuando este es producto de una violación.



Sin embargo, al indagar sobre que entienden las encuestadas por “violación”, advertimos que el **20,3% no tiene claro que es una violación**.

El 14.52% cree que una violación es una relación sexual forzada por un desconocido, un 3.23% de las mujeres encuestadas dice que una violación es una relación sexual forzada por una persona que no es la pareja y otro 4.84% responde que es una relación sexual no consentida por la mujer, aún con la pareja o el marido.



En el año 2012 el fallo F.A.L. despejó la duda acerca de si la mujer con derecho a abortar era solo la que tenía una restricción en la capacidad o competencia y desde 2012 esa discusión quedó saldada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación cuando sostuvo que sería discriminatorio autorizar el aborto solo del embarazo forzado de la mujer “idiota o demente”.

Muchas de las encuestadas, al consultarles si estaban de acuerdo con la legalización y despenalización del aborto antes de la sanción de la Ley 27.610, comentaron que acordaban con el aborto solamente en situaciones como la violación. Esto nos hace preguntarnos, si acaso existe una manera de medir cuando un embarazo no es lo suficientemente deseado como para que se permita interrumpirlo.

Una **usuaria del Hospital de Orán** comento: *“Yo estoy de acuerdo cuando una mujer aborta por una violación, porque ella no eligió eso, y tenerlo va a afectar su cabeza, en cambio las que se acostaron y fueron irresponsables, que se hagan cargo de sus acciones”*

Pese a que el fallo F.A.L descartó la exigibilidad de denuncia policial o judicial como requisito para el acceso a la prestación médica de aborto legal en casos de violación y que la Ley 27.610 recogió ese criterio, **5 de cada 10 de las mujeres encuestadas considera que es correcto que personal de la salud la exija una denuncia judicial o policial en caso de solicitar una ILE.**

Al indagar sobre la exigencia de denuncia policial o judicial para el acceso al aborto legal en **Entrevistas a Profesionales**, la mayoría de les encuestades refirieron que solo se solicita a las usuarias que firmen el consentimiento informado. Sin embargo, encontramos estos comentarios destacables:

- “No les exijo denuncia, pero les pido que si pueden traigan, por cuestiones legales”. (Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).

- “Se solicita que haga la denuncia en caso de violación” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).
- Solo si quiere denunciar, no se exige. Generalmente, tenemos comunicación con el Cuerpo Investigaciones Fiscales por WhatsApp, a los fines de recoger prueba en casos de violación” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).
- “Nunca me tocó esa situación, sé que debe hacer la denuncia en el sistema público a un número telefónico y de ahí le dan un turno con el gabinete de psicólogas del hospital. (**Integrante del equipo de salud del C. S. 9 de Julio**).
- “Desconozco, el médico determina si debe ir a la policía y hacer la denuncia o no” (**Integrante del equipo de salud del C. S. 9 de Julio**).



c. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

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

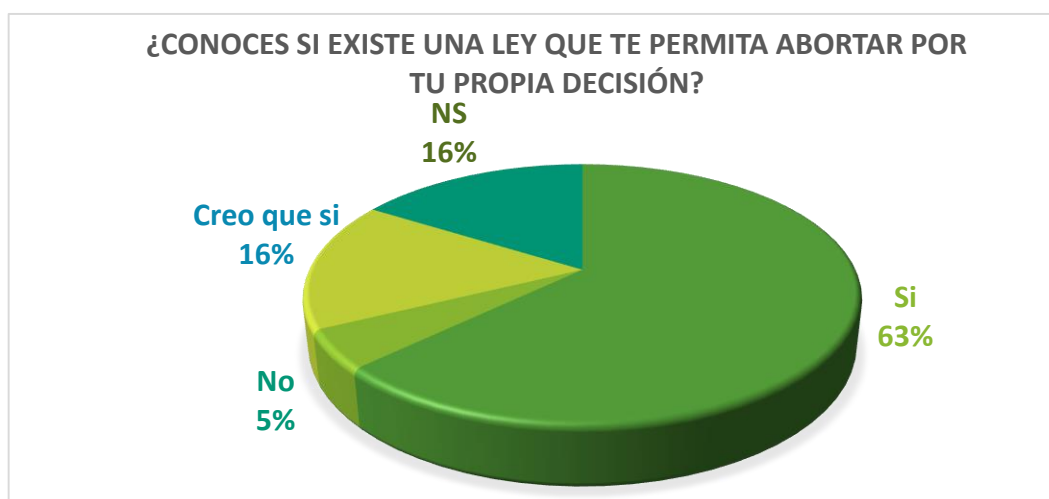
Desde el momento en que le paciente solicita la practica en cualquier servicio social la interrupción del embarazo el profesional que la atendió tiene un plazo de 10 días para brindarle la información y el acceso a la práctica.

Según el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022)¹¹ indica *“El personal de la salud debe constatar la edad gestacional de manera inmediata por los medios más expeditos disponibles –fecha de última menstruación (FUM), examen bimanual o ecografía según disponibilidad–, de forma que se puedan garantizar oportunamente los derechos contemplados en la ley y el acceso a la práctica solicitada”*.

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

¿Qué saben las salteñas sobre IVE?

6 de cada 10 usuarias encuestadas conoce la existencia sobre la ley 27.610.



El 40% que desconoce la existencia de la ley o no está segura de la existencia de la Ley de IVE, comprende a personas que respondieron abiertamente no saber, que decidieron no

¹¹ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022). Ministerio de Salud Pública.

contestar, que se manifestaron inseguras sobre el tema o que directamente niegan la existencia de la normativa.

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

La cantidad de usuarias encuestadas que conocen la existencia normativa de la IVE es similar a la cantidad de quienes conocen la ILE, lo cual nos obliga a valorar que a pesar de que el marco normativo de la ILE se encuentra vigente desde 1921 (es decir que existen 100 años de diferencia entre la publicidad de la ILE y la IVE en nuestro país) la difusión social del aborto por causales no tiene la misma intensidad. Por lo tanto, **podemos concluir en que las resistencias para difundir su vigencia continúan presentes.**

Consideramos que esto implica reconocer la despenalización social que ha operado desde la lucha de los feminismos por el derecho a decidir, con matices en cada territorio, pero a lo largo y a lo ancho de todo el país, inclusive en Salta, que siendo una de las provincias más conservadoras del norte, hoy es la 4ta en cantidad de IVEs/ILEs garantizadas según el Informe Anual “ImplementAR IVE/ILE 2022”¹²

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

Una situación destacable surgida de una **observación participante** realizada en el **Hospital Materno** es que, al consultar por una IVE nos dijeron que solo se hacían martes y jueves, que debíamos buscar a las médicas que garantizaban. Luego, al consultar por una de estas médicas con nombre y apellido, pues teníamos agendada una entrevista en profundidad con ella dado que pertenece al **Ateneo de Salud del NOA**, nos indicaron que no se encontraba y que volviéramos otro día. Ella estaba allí, garantizando una IVE.

Esto nos hace pensar que la obstrucción a acceder una IVE puede estar desde el inicio del recorrido de una usuaria, cuando un administrativo está mal informado o deliberadamente da información errónea.

Otro hallazgo importante dentro del circuito de acceso es lo sucedido en el **Hospital San Bernardo**, donde las monitoras fueron cuestionadas e increpadas por la **seguridad privada de este Servicio**, al ver que tomaban fotos del Hospital y hacían preguntas que resultaron incómodas en la recepción. La seguridad privada del Hospital se encuentra en admisión, en la entrada principal y en la entrada a las oficinas de la gerencia del Hospital.

¹² Informe Anual “ImplementAR IVE/ILE” del Ministerio de Salud Pública. 2022.

d. ¿Dónde se garantiza la ILE y la IVE en Salta?

Según el Informe anual “ImplementAR IVE/ILE”¹³, en Salta hay un total de 41 efectores, quienes se encargan de garantizar IVE e ILE.

A partir de nuestro monitoreo los servicios que garantizan IVE de todos los visitados son:

- Hospital Público Materno Infantil. (Capital)
- Hospital Nuestro Señor del Milagro. (Capital)
- Hospital San Vicente de Paul (Orán). (Capital)
- Centro de Salud Solidaridad. (Capital)
- Centro de Salud Campo Caseros. (Capital)
- Centro de Salud Nº 25 (Capital)

Otros servicios de donde tenemos conocimiento **por entrevistas en profundidad a profesionales** de que se garantizan IVEs e ILEs son:

- Hospital Juan Domingo Perón. (Tartagal)
- Hospital San Carlos (San Carlos)

En vista a los números antes mencionados, celebramos las 2.799 interrupciones del embarazo y los 41 efectores que garantizan sus DDSSRR a las personas con capacidad de gestar de Salta.

Teniendo en cuenta la cantidad de interrupciones de embarazos indicada por el Ministerio de Salud local es en promedio de 311 por mes, podríamos afirmar que en Salta cada 2 horas y media una niña, una adolescente o una persona con capacidad biológica de gestar ejerció su derecho a decidir y encuentra una respuesta institucional y estatal.

Si bien los números son indicadores de que la IVE/ILE se garantiza en nuestra provincia, los obstáculos a la práctica subsisten y se hacen visibles al recorrer los servicios de salud pública de la provincia y charlar con las usuarias.

Una usuaria del **C.S. San Francisco** refirió: *“cuando le pregunte al ginecólogo me dijo que él no sabía nada de eso, que no me iba a atender, porque él había estudiado para salvar vidas”*

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

- “Mala, no hay respuesta. Del 0800 no atienden”. (Integrante del equipo de salud del **C.S. Patrón Costas**).
- “Son insuficientes en el primer nivel. No hay acceso a Consejerías más allá del hospital menos consejerías post aborto”. (Integrante del equipo de salud del **Hospital Materno**).
- Malo. Casi inexistente. Cree que no existen consejerías post aborto. (Integrante del equipo de salud del **C. S. 9 de Julio**).

¹³ Informe Ob. Cit. Pág. 33

- “En el primer nivel son insuficientes y a mi criterio mal organizados”. (Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).

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

- “Acá todo el servicio de tocoginecología es Objeto. La única que hace IVE soy yo. Muy pocas veces el Dr. -----, pero no se puede contar con él. Si me voy no es seguro que se hagan” (Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).
- “Sí, solo nosotras, somos 4 médicas” (Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).
- “Sí está para aborto farmacológico lo hace la Dra. Flores, subgerente y si no se deriva a Capital”. (Integrante del equipo de salud del C. S. 9 de Julio).

En entrevistas en profundidad a profesionales ante la pregunta “*¿Qué sucede cuando la mujer llega a la consulta de un profesional y no hay profesionales que brinden información o le aseguren la ILE o la IVE?*”

- “Ya sea en el ámbito de internación o si hay consulta externa o guardia que la paciente manifiesta deseo de interrumpir, nos rastrean por todo el hospital. La realidad es que tenés que buscar a la doctora tal y nos parlantean porque nos quieren ya. Por eso nosotras insistimos sobre la información que pueden brindar y cuales los circuitos.” (Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).
- “Debe hacer la denuncia en el sistema público a un número telefónico y de ahí le dan un turno con el gabinete de psicólogas del hospital. (Integrante del equipo de salud del C. S. 9 de Julio).
- “No sabría decirte. O la paciente se queda esperando hasta que llegue alguien que no sea objeto, yo no lo hago, o espera a la doctora tal. Tienen al menos chipeado el 0800. Eso al menos hacen” (Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).
- “Esperan o vuelven después, cuando no les contestan desde el 0800 se acercan al Hospital, y yo no siempre estoy” (Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).



e. Aborto e información sanitaria.

8 de cada 10 mujeres encuestadas nunca vio información gráfica sobre IVE o ILE.

Lo cual también condice con lo advertido a partir de las observaciones participantes y no participantes. **La información gráfica es escasa y la información brindada por el personal de salud lo es aún más.**

De las **Observaciones Participantes** se destaca: “Al consultar por un aborto en la recepción me indicaron que llame al 0800 de salud sexual y no me dieron más información, no supieron decirme si allí se garantizaban interrupciones o no, ni cuáles eran los requisitos” (**Hospital Orán**). “El cartel sobre IVE e ILE solo contenía la línea de salud sexual y ninguna otra información relevante, este era el único en todo el servicio y se encontraba dentro de la oficina de admisión” (**C. S. Solidaridad**). “Al entrar desde la sala de espera vemos una caseta celeste, que indica ser una estación de “alta conjunta”, esta ploteada con la imagen de un feto con la leyenda” así como tú, yo también tengo derecho a vivir” y fotos de bebés y madres aparentemente en etapa post parto. Al tocar la puerta de la caseta, nos encontramos con dos enfermeras, que nos explicaron que “alta conjunta” es un programa que inicio cuando se trasladó el Hospital Materno a ese edificio, y se trata de un programa que acompaña a quienes cursan un embarazo no deseado para orientarlas a continuar con el embarazo y en caso de no querer conservar ese embarazo orientar a esa madre para dar en adopción al bebé y no interrumpir el embarazo. Acompañan a la madre y al bebé hasta 3 meses luego del parto, con controles y un seguimiento cercano, para acompañar la maternidad o para dar al bebé en adopción” (**Hospital Materno**).



En la misma línea, **9 de cada 10** de las encuestadas manifiesta no haber recibido ningún tipo de información en un servicio de salud sobre interrupción voluntaria (IVE) o legal del embarazo (ILE).



De **entrevistas en profundidad**, recogimos los siguientes comentarios:

- “Hay un mal uso de la objeción de conciencia, no se le brinda información básica para que ella entienda mínimamente cómo funciona el proceso, para hacerle una consejería en opciones.” Reflejando que a la usuaria no solo no tiene a disposición la información necesaria para conocer sus opciones y derechos sexuales y reproductivos, sino que, además, cuando busca informarse, encuentra del otro lado la negativa del personal de salud que usa equivocadamente el supuesto de objeción de conciencia, contrariando la ley y violando los derechos de la paciente consultante, puesto que la Ley 26.529 de Derechos del Paciente regula el derecho de les pacientes a recibir información “g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud” **(integrante del equipo de salud del Hospital Materno)**
- “Los objetores de conciencia, que no informan a las pacientes de cómo acceder. Las autoridades no hacen nada al respecto”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**
- “El objetor no entiende que no les pedís que les den la receta, sino que les den la información de cuáles son sus opciones de interrumpir. Las mujeres tienen opciones que no conocen y en base a eso pueden decidir y ni siquiera eso son capaces de hacer. No entienden que se trata de conversar con la paciente, son muy cerrados” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**



- “El flujo de pacientes era muy poco y la objeción de conciencia estaba porque la información a la paciente era nula.” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).

Se destaca una **observación participante** que da cuenta del recorrido para obtener información sobre IVE e ILE: “Consultamos en administración sobre la consejería de salud sexual, nos dijeron que no había una allí y consultaron que queríamos. Cuando referimos que queríamos información sobre IVE nos enviaron al consultorio general de ginecología, donde nos atendió una administrativa que apurada nos indicó que debíamos consultar en el Hospital Materno o en el Hospital del Milagro” (**Hospital San Bernardo**) “En el box de turnos solicité un turno para IVE, primero no me entendió y tuve que repetirle alto Interrupción Voluntaria del Embarazo, lo cual todos alrededor oyeron, me señaló el número de salud sexual de la provincia y me dijo que pidiese un turno allí o me comunicara con la trabajadora social cuando volviese de licencia” (**Hospital de Orán**)

Si se adiciona a la falta de educación sexual de las usuarias la falta de difusión por parte del Estado de los derechos sexuales y reproductivos y los procesos burocráticos para acceder a una IVE o ILE, las posibilidades de optar interrumpir un embarazo y exigir la prestación de IVE o ILE en un Hospital Público se verán severamente afectadas, cuando no directamente anuladas. Esta situación induce a una maternidad forzada o bien, a un aborto inseguro que puede dar como resultado mortalidad.

Esta escasez de información general en la población sobre el tema es corroborada por el personal de la salud en entrevistas en profundidad, donde identifican esta desinformación como uno de los mayores obstáculos para el acceso. Algunos miembros de los equipos de salud de los servicios encuestados señalan que aquellos profesionales objetores de conciencia no sólo no cumplen con su deber de derivar, sino que obstaculizan el acceso a IVE e ILE no brindando información o brindando información incorrecta.

f. Circuitos sanitarios de la ILE y la IVE

La calidad de atención debe regir en cuanto a los estándares establecidos por la Ley de Derechos del Paciente N° 26529 y por la Ley N° 27610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Al respecto de esta se destaca las siguientes **Observaciones Participantes**: “Consultamos por una IVE en admisión, allí nos indicaron que preguntásemos en el consultorio de ginecología. Ellos no sabían nada. A todo esto, el personal de seguridad nos observaba con atención. Cuando preguntamos en el consultorio de ginecología, nos atendió una administrativa que nos indicó que debíamos preguntar en algún consultorio de psicología o ir al Hospital Materno, indicaron que no sabían nada, que no se hacían IVEs allí. El trato fue poco amable y forzado” (**Hospital San Bernardo**). “Preguntamos cómo sacar turno para un aborto. La recepcionista nos indicó que enviásemos un mensaje vía WhatsApp a un número donde se administraban los turnos, allí nos atendería una trabajadora social quien se encarga de las consejerías de IVE” (**Hospital de Orán**)

Para tener una idea cabal de cómo es el recorrido de una mujer que solicita una ILE preguntamos a profesionales del Servicio Público **¿En qué etapa del embarazo llega a los servicios de salud la mujer?**

- “Me ha pasado de ver 18 a 20 semanas. En este último tiempo de 13 a 14 semanas. Pero se termina resolviendo más adelante, es tanta la demanda que fue postergando y se resuelven más adelante” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).
- “Por lo general llegan a las primeras semanas, si es después de las 20 semanas, acá no se hace y ahí se deriva a Salta (Capital)” (**Integrante del equipo de salud de Hospital de Orán**).
- “Suelen llegar con 6 semanas, cuando llegan con más de 12 se las deriva al Materno”. (**Integrante del equipo de salud del C.S. Solidaridad**).

Indagando **¿Cuáles son los recorridos que debe realizar la mujer cuando solicita una interrupción del embarazo (IVE o ILE)?** La respuesta general fue que la persona que busca acceder **debe llamar al 0800** de Salud Sexual de Nación o al número provincial, para acudir al servicio con un turno programado. Sin embargo, algunos agentes de salud refirieron que atendían sin turno previo ciertos días de la semana.

- “Acá nosotras nos llegan las pacientes a través del 0800 en turno programados, hay tres consultorios lunes jueves y viernes donde se manejan de 4 a 5 turnos cada día. Tiene una primera consulta de consejería de opciones donde se le explica todo el tratamiento y donde consta y cuáles son las posibilidades que tiene la paciente. (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).
- “Vienen a consultar acá, pero deben llamar al 0800 para el turno”. (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán**).
- “Está organizado bajo la línea del 0800, ahí la paciente se comunica y solicita la interrupción. Ellos gestionan el turno según la edad gestacional. En hospital embarazos mayores de 13 semanas, o derivada de otro servicio que ya inició tratamiento y luego fallo. Está instalado de esa forma. Si viene paciente por Guardia,

se deriva al 0800, se le explica que debe llamar a ese número, así se garantiza”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**

- “Acá yo hago ILEs e IVEs dos días a la semana, ya sabe el equipo de salud que debe agendar turnos alguna mujer consulta, también atiendo las derivadas de la línea de salud sexual”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Tartagal).**
- “Las derivan acá desde la línea de salud sexual provincial, luego nosotras agendamos una consejería grupal donde les explicamos cómo deben tomar las pastillas y cómo será el proceso. El espacio de consejería lo bancamos nosotras porque el médico encargado de garantizar las IVEs e ILEs no hace más que expedir recetas de misoprostol, no recibe a las pacientes para la consulta. Tampoco hay consulta post aborto. Nuestra intención es que en un futuro las consultas sean individuales, más privadas, pero hoy es el único modo que encontramos para garantizar IVE e ILE” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**

Respecto al último comentario, resalta la irregularidad de una consulta grupal. Sin embargo, entendemos que este es el único modo que el equipo de salud encontró para garantizar IVEs e ILEs a pesar de la falta de recursos, especialmente de personal médico efector.

En entrevistas en profundidad se interrogó a los/as profesionales acerca de **¿cuáles son los obstáculos que debe atravesar una mujer que decide interrumpir legalmente su embarazo?**

- “Sobre todo burocráticos, además de éticos y morales. El sistema de turnos por el 0800 se pierde mucho tiempo.” **(Integrante del equipo de salud del C. S. 9 de Julio).**
- “Morales o culturales, ideológicos, religiosos. Ese obstáculo acá en la provincia hace que no lo soliciten, o tardíamente. Y después la burocracia de turno para acá, turno para allá. Me llama la atención Bs As que lo tengan tan aceitado y su agilización, donde en las clínicas se hacen los AMEU.” **(Integrante del equipo de salud del hospital Materno)**
- “La familia, la institución. Hay médicos que lo hacen y médicos que no. Económicos, ya que te mandan a la provincia (Capital).” **(Integrante del equipo de salud del C.S. Patrón Costas)**
- “Un gran obstáculo es la falta de personal que garantice, en Orán todos los tocoginecólogos son objetores, al menos respecto de la salud pública, se de varios que objetan en la pública y lo hacen en la privada” **(Integrante del equipo de salud del hospital de Orán)**



Teniendo en cuenta lo expresado por los profesionales podemos afirmar que en todos los Centros donde hemos asistido se han encontrado obstáculos, algunos más profundos y arraigados que otros.

Es llamativo que, en el Hospital Materno, único Hospital que garantiza IVEs e ILEs hasta las 24 semanas, las profesionales que garantizan la prestación sanitaria tienen serias dificultades para lograr cooperación entre el personal efector y el personal encargado de administrar y brindar turnos, que muchas veces obstaculiza el acceso de las usuarias a estas prestaciones, debido a cosmovisiones personales.

La Ley 27.610 a través de su art. 2 inc. b indica “Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud” equipara para las interrupciones del embarazo las mismas obligaciones que para tratar cualquier otro tipo de práctica médica lícita, ya sea, un tratamiento oncológico como peritonitis. Recordemos que el Estado argentino, según los compromisos internacionales que ha tomado con la salud de la población, es garante del acceso a atención sanitaria en los tres subsectores: público, privado y de obras sociales. Y es en todos esos espacios donde se debe tener disponible la IVE. Las obligaciones médico-legales impiden a profesionales de la salud negar atención sanitaria aún en caso de IVE o ILE.

Continuamos entrevistando a los profesionales. Respecto de la judicialización indebida de los casos de ILE, en las entrevistas en profundidad, frente a la pregunta **¿El Servicio da intervención al Poder Judicial ¿Fiscalías, Defensorías, etc.?** obtuvimos las siguientes respuestas:

- “En casos de menores, ya vienen con toda esa intervención, pero nosotras nunca tuvimos que comunicarnos. Un solo caso por guardia, una trabajadora social avisó al Poder Judicial. Pero por lo general ya vienen con el oficio para recolectar muestras y demás.” **(Integrante del equipo de salud de Hospital Materno).**
- “No, salvo que sea un caso de violación, pero ahí es la mujer o su mamá en caso de las niñas que van a denunciar.” **(Integrante del equipo del Hospital de Orán).**
- “Rara vez, si se detectó por ejemplo en pediatría si da la institución intervención, pero en esos casos, o casos donde ya vienen con todo en el que debemos avisar al SIC o para recolectar muestras.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**

En la mayoría de los casos, los profesionales indicaron que no se da intervención al Poder Judicial a menos que se detecte un abuso sexual en menores.

En la misma línea, frente a la pregunta **¿Se solicita que se expidan comités de ética para avalar el caso?** Todos los profesionales de los distintos servicios consultados respondieron **negativamente.**

Indagamos a los/as profesionales **¿Puede la mujer elegir el tratamiento para su aborto?**

- “Pueden elegir, pero asistidas por un médico”. **(Integrante del equipo de salud del C.S. San Francisco).**
- “No, no pueden”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**
- “En primer nivel no puede, es ambulatorio. Ni en la parte pública ni en la parte privada” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**
- “Atendemos pacientes de 2 trimestre, si o si internadas para brindar la medicación. Con la mife nos permite evitar legrado. Cuando nos llegan pacientes con fallas de tratamiento farmacológico le indicamos que pueden acceder al AMEU”. **(Integrante del equipo de salud de Hospital Materno).**

Una persona con capacidad biológica de gestar tiene derecho a elegir el método para interrumpir su embarazo, de no hacerlo, vulnera sus derechos consagrados en la Ley 27.610, en su art. 4 inc. d): “Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad” y inc. “e) Acceso a la información.

El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita.”



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

5 de cada 10 mujeres encuestadas dijeron saber de la existencia de alguna ley que les asegure un determinado estándar de calidad en la atención a la hora de pedir un aborto permitido por ley, mientras que el 3% dijo no conocer ninguna ley al respecto.

Sin Embargo, estos números no son tan alentadores puesto que en su mayoría **aquél 50% de usuarias que dijeron no saber o conocer un marco normativo que proteja sus consultas, no podía identificar ninguna ley sobre calidad de atención en la consulta médica**, por lo que podemos equiparar esta respuesta al “no”. Este dato evidencia la falta de difusión de la Ley N°

26.529 de los “Derechos del Paciente” que garantiza a todas las usuarias: asistencia sanitaria, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía e información sanitaria y en cierta forma pone al descubierto que la difusión de la legislación de IVE tampoco es eficaz en todo el territorio.

De acuerdo con el art. 5 inc. f de la Ley 27.610 “El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada”

Los estándares de calidad no son nada nuevo, ni aparecieron con la sanción de la Ley de IVE, sino que ya el Art. 2 inc. e) del Decreto N° 1089/12 establece que la usuaria del servicio público que pide una ILE “es soberana para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona, para lo cual tiene derecho a tener la información necesaria y suficiente para la toma de su decisión, a entenderla claramente e incluso a negarse a participar en la enseñanza e investigación científica en el arte de curar. En uno u otro caso, puede revocar y dejar sin efecto su manifestación de voluntad. En todos los casos, deberá registrarse en la historia clínica la decisión del paciente y también su eventual revocación”. Avanzando en estándares de calidad de atención el art. 5¹⁴ de la Ley 27.610 establece que el personal debe garantizar un **trato digno (inc. a), privacidad (inc. b), confidencialidad (inc. c), el respeto de la autonomía de la voluntad de sus pacientes (inc. d), el acceso a la información (inc. e) y la calidad de atención en la consulta (inc. f).**

Ante la pregunta **¿Si estás teniendo un aborto que te practicaste vos o en el que te ayudó alguien que no pertenece al sistema de salud y no te sentís bien, irías al hospital?**



7 de cada 10 usuarias encuestadas dijeron que asistirían a un hospital en caso de estar teniendo un aborto, mientras que el 22 dijo que no lo haría, y 10% no estaba segura.

¹⁴ Art. 5 de Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Al ser consultadas sobre porque no asistirían a un hospital público, las usuarias manifestaron desconfianza en la atención de salud pública.

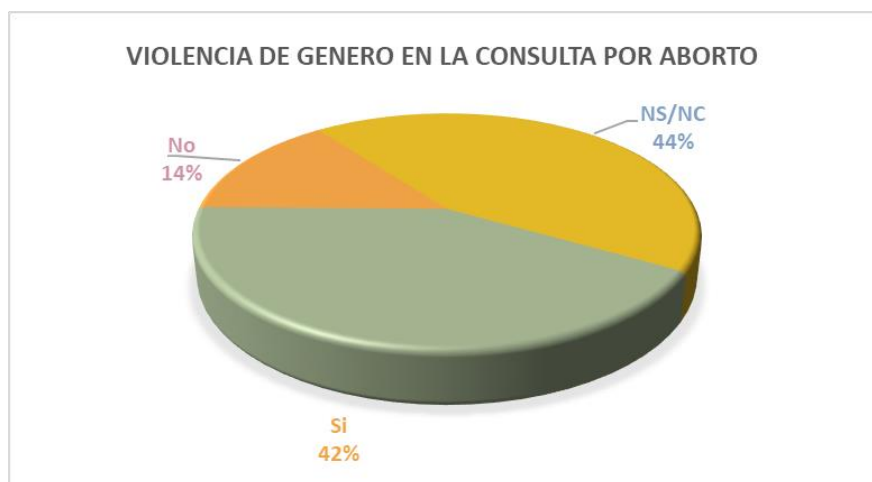
Entre los comentarios de las usuarias destacamos los siguientes: “No iría al hospital porque sufren maltratos, cuando tenés hijos no más ya te maltratan y supongo que en ese caso es peor.” (Usuaría de 33 años)” No iría. me trataron mal cuando tuve a mi hija” (Usuaría de 25 años).” Tengo obra social, iría a clínica privada a que me vean porque es mejor” (Usuaría de 23 años).

La **Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres** establece una modalidad específica de violencia para estos casos: La violencia contra la libertad reproductiva, que de acuerdo al **art. 6 inc. d** de la mencionada Ley, esta es” aquella *que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*”¹⁵

Ante la pregunta **¿Sabés si una mujer puede ser víctima de violencia de género a consecuencia de maltrato profesional ante al pedido de un aborto permitido por ley?**

4 de cada 10 mujeres encuestadas refirió que no sabe, mientras que el 14% dijo que no consideraba que sea violencia de género.

La mayoría de las usuarias encuestadas considera que si una persona gestante acude a un Servicio de Salud en situación post aborto debe ser atendida de manera integral y sin violencias. Se destacan los siguientes comentarios: “Tienen que avisar a la policía, psicólogos y médicos.” (Usuaría de 30 años), “Siempre tiene la opción de regalarlo. Tienen que ayudarla a darlo, no abortar” (Usuaría de 50+ años), “Todos los médicos necesarios para salvarle la vida a los dos, seguramente se encuentra mal psicológicamente” (Usuaría de 47 años), “No deberían atenderla.” (Usuaría de 36 años).



La **Corte Suprema de Justicia de la Nación** en el fallo F.A.L.¹⁶ ha establecido una serie de estándares para la atención de abortos permitidos por la ley: la necesidad de no judicializar estos casos, la obligación de los profesionales de brindar asistencia sanitaria cuando enfrentan una consulta de este tipo, la violencia institucional que supone la intervención de Comités de Ética o Bioética o de cualquier barrera médico-burocrática predisuelta desde el Sistema de Salud que genere dilaciones innecesarias o impida la práctica de aborto. A la par,

¹⁵ Art. 6 inc. d. Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres.

¹⁶ “F.A.L. S/ Medida autosatisfactiva” Corte Suprema de Justicia de la Nación. 2012. Fallos: 310:819

acclaró la obligación del Estado, como garante del acceso a la salud pública, de garantizar este tipo de prestaciones médicas que son lícitas o legales “en tanto que despenalizadas” en todas las Instituciones (considerando 25).

De **entrevistas en profundidad** a miembros del equipo de salud de los servicios visitamos, destacamos los siguientes comentarios:

- “Existe la ILE donde hay un motivo donde la mujer corre en riesgo su vida, o por violación, o le afecte su salud integral puede acceder a interrumpir legalmente a su embarazo” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**)
- “Antes tampoco se hacían ILEs, no sabíamos que se podía, si alguna mujer nos consultaba por casos así, las enviábamos al Hospital, ni siquiera había contención psicológica en casos de abusos antes” (**Integrante del equipo de salud del C.S. Retambay**)

Y respecto de la atención de ILE, las usuarias opinan que debe brindarse un trato respetuoso, aunque se destaca la vigencia de los siguientes comentarios: en cuanto a aquellas personas que deciden interrumpir voluntariamente el embarazo, se destacan los siguientes comentarios: “Deben aconsejarla para que no aborte, yo estoy en contra. Deberían ayudarla a tenerlo.” (**Usuaría de 33 años**), “No deberían atenderla.” (**Usuaría de 18 años**), “Deberían atenderla mal, porque quiere abortar por abortar.” (**Usuaría de 41 años**), “Deberían ayudarla a que lo de en adopción.” (**Usuaría de 36 años**), “Darle atención psicológica, porque no es de ir y tener relaciones y querer abortar una criatura. Le tienen que enseñar y decir que hay métodos para cuidarse.” (**Usuaría de 36 años**), “Brindarle información sobre las consecuencias que puede traer un aborto” (**Usuaría de 45 años**), “Ningún servicio cuando es voluntario, deben ser conscientes de lo que van a hacer” (**Usuaría de 29 años**), “No sabe lo que hace, deben hablarle para saber si quiere abortar, que exprese motivos” (**Usuaría de 53 años**).

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

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

- Trato digno:** respetar las condiciones personales y morales de la paciente, erradicando prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con capacidad biológica de gestar.
- Privacidad:** todo lo que ocurre en la consulta con el profesional de la salud es privado. Ningún integrante del equipo de salud puede brindar datos, ni mucho menos la Historia Clínica de la paciente. Al asegurar la privacidad respeta la intimidad, dignidad humana, autonomía de la voluntad, y, sobre todo la confidencialidad.
- Confidencialidad:** el personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también

con posterioridad. Además, debe informar en la consulta que la confidencialidad está garantizada y esta alcanzada por el secreto médico. Todo el equipo de profesionales que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o tenga acceso a ella, debe respetar la confidencialidad.

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



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

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

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

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

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

- “Conozco el marco legal. Una cosa que me molesta mucho es que dicen “desde que tenemos la ley” ley tenemos hace 100 años, 101 años. Lo que sucedió es que hubo una modificación que se sumó la posibilidad de interrumpir voluntariamente, pero ley tenemos hace 100 años. El fallo FAL. Creo que nos quita fuerza.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**
- “Desconozco. Esta la Ley y el Protocolo, pero no se aplica como corresponde” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**
- “No sé, no me interesa del tema” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de Capital).**
- “Desconozco la normativa vigente a fondo. Tampoco conozco FAL.” **(Integrante del equipo de salud de C. S. 9 de Julio).**
- “Durante la especialidad, aprendí la normativa” **(Integrante del equipo de salud Hospital Materno).**
- “Sabemos que una mujer puede acceder de manera voluntaria por la ley 27.610 hasta la semana 14 sin ningún motivo. Existe la ILE donde hay un motivo donde la mujer corre en riesgo su vida, o por violación, o le afecte su salud integral puede acceder a interrumpir legalmente a su embarazo.” **(Integrante del equipo de salud de C.S. Güemes).**
- “Conozco el fallo FAL, desde ahí se habla de que el aborto es legal no solo cuando hay causal de enfermedad”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**

Frente a la pregunta **¿Cómo se aplican dichas normativas a nivel local?** se obtienen las siguientes respuestas:

- “Acá la ley no asegura casi nada, es un trabajo de hormiga. Yo conozco bien la ley, pero no todos la saben. Como era antes, es un camino largo, la ley se aplica, pero cuesta.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán)**
- “No sé” **(integrante del equipo de salud del C.S. Patrón Costas).**
- “Creo que cada institución aborda esta problemática de diferentes maneras; hay mucho desconocimiento Creo que se incluyó el concepto de salud en la atención de aborto, entonces siempre estuvo escrito y ahora se ampliaron las cabezas. Antes no pasaba.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**

- “No se aplica como corresponde” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán**).
- “Había acceso, pero no tanto, éramos pocos los que conocíamos la ley. El flujo de pacientes era muy poco y la objeción de conciencia estaba porque la información a la paciente era nula.” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).
- “Desconozco si se aplica” (**Integrante del equipo de salud de C.S. San Lorenzo**).

Los/as mismos/as profesionales entrevistados/as sugieren frente a la pregunta **¿qué tipo de acciones deberían llevarse a cabo para garantizar los abortos no punibles en la provincia?**

- “Hace falta más capacitación, yo sé la ley, pero no todo. Cuando dan capacitaciones hablan mucho de la ley, pero no de la interrupción en sí, no enseñan a hacer fotolisis” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán**).
- “Amplitud de los equipos, más personal” (**Integrante del equipo de salud del C. S. Patrón costas**).
- “Que no se tenga que llamar al 0800, debería ser por consulta espontánea” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán**).
- “Difusión de la ley y la creación de programas y estrategias” (**Integrante del equipo de salud del C. S. 9 de Julio**).
- “Incorporar al sistema de salud nuevos médicos, más jóvenes.” (**Integrante del equipo de salud del C. S. Güemes**).
- “Creo que el acompañamiento debería ser más amplio, vinculado a todos los efectores de salud, enfermeros, etc. que informen. Sabemos que en Jujuy con los agentes socio sanitarios las pacientes consultan y andan espectacular porque les informan sobre signos de alarma o de atención. Que el equipo sea más integral y amplio. También Telemedicina, vos sabes que desde la telemedicina vos podés acompañar totalmente, pacientes que trabajan cama adentro entonces no puede salirse, como haces con esa persona que no puede salirse o no quiere que se entere el patrón. Hay que capacitarnos en eso.” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Materno**).

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

- “Cuando yo cursé no estudiamos estos temas de salud sexual ni abortos” (**Prof. de la Enfermería**).
- “La universidad en mi época nos formaba para defender la vida desde la concepción, a hacer lo posible por salvar a la madre y al bebé” (**Prof. de la Medicina**).
- “Yo solo hice la primaria, y cuando entré a trabajar aquí en el hospital, hace casi 30 años ya, no te enseñaban mucho, aprendías a registrar únicamente” (**Personal Administrativo**).
- “En APS lo vemos solo patológicamente, no como algo que se pueda elegir” (**Agente sanitario**).
- “No la Universidad no te prepara para abordar esos temas.” (**Prof. de la Medicina**).

- “Lamentablemente nosotras nunca hemos tenido formación. A nosotras por ahí en Guardia hemos consultado porque nos llamaba la atención preguntando si forma parte de la currícula o formación. Y básicamente nos dijeron que los médicos que la dan están en contra de ley, los conceptos que traen no tienen definido ni lo que es IVE/ILE, ni lo más básico tienen definido. No saben ni lo de que habla la ley. Hay cosas legales que debes ser formado, más que nada como efector público que debes saber porque después hay cuestiones legales por las que te pueden juzgar.” **(Prof. de la Medicina)**
- “Hemos tenido la oportunidad de hablar en contexto de Guardia, y por ahí te cuentan que les tocó rotar por acá y les consultamos si la interrupción lo ven en gineco, obstetricia, etc., y una sola lo vio en medicina legal que a pesar de que su profesora era objetora, les dijo esta la ley fin. Eso en la carrera de la cursada. En el área de las prácticas, que medicina tiene los años de práctica tampoco se aborda ni académicamente ni en consultorio. Y en residencia ni hablar, tampoco está estipulado hablar de cómo sería una consejería ni nada. O sea, no está estipulado ni en pregrado, ni grado ni posgrado. Tenemos rotantes de la Facultad de la UNT, de la UNSA, viene gente de otras provincias a rotar y tenemos la residencia de ginecología y obstetricia y en ningún año desde primero a cuarto forma parte de la currícula la formación de interrupción. Por lo menos que tengan la información y que después decidan ser objetores o no.” **(Prof. de la Medicina).**
- “En la Facultad no me enseñaron, yo aprendí por la militancia. Me acuerdo de que grupos feministas organizaban charlas para hablar de aborto, a veces participaban profesionales de la salud y ellas explicaban como se administraba el misoprostol, después en mi residencia si tuve algo más de capacitación, pero no suficiente. Acá yo soy la única que sabe hacer interrupciones de más de 14 semanas, y comparto mi conocimiento con mis compañeros, que tampoco recibieron preparación al respecto en la Facultad” **(Prof. de la Medicina).**
- “Anticoncepción si, tuvimos durante la Universidad en materia Gineco y Obstetricia. El tema de aborto, no con mayor profundidad, lo aprendió en especialidades a la ley. En medicina legal si se habló del tema, la docente que daba la clase tenía una postura que no era objetiva, se notaba su subjetividad, y tiene que ver mucho la religión. No me pareció una postura médica, sino por su ideología. **(Prof. de la Medicina).**
- “En Salud Mental lo vimos, en Salud Pública lo vimos, pero mínimo al pasar sobre el tema. (...) nosotros no tenemos un módulo específico de ética médica, donde se tratarían estos temas. Lo vemos en una o dos clases al año en 4to. año y de ahí no lo volvé a ver más, abarcan esto y otras cosas más que también son importantes. No hay una formación ética sobre el tema dentro de la carrera” **(Prof. de la Medicina).**
- “Para nada. No sé ahora hay, pero cuando iba no se abordaba. Era puramente académico, no había una visión integral.” **(Prof. de la Medicina).**
- “No, nada” **(Prof. del Trabajo Social).**
- “No” **(Personal Administrativo)**
- “No” **(Personal Administrativo)**

FALTA DE CAPACITACIONES A EFECTORES DE SALUD PÚBLICA

Las capacitaciones son un tema recurrente en las entrevistas a profesionales realizadas, no solo indican que es un obstáculo del personal para garantizar abortos, sino que, frente a la pregunta: **¿Se han realizado capacitaciones al personal de salud en lo que respecta a la normativa vigente tanto para ILE como para IVE?** Manifestaron:

- “Nosotras nos fuimos a Buenos Aires para aprehender a hacer fotolisis, nunca nadie nos dio una capacitación acá. La otra capacitación fue la que tuvimos desde MxM en el Ateneo. Apreciamos mucho estos espacios porque son escasos” (**integrante del equipo de Salud del Hospital Materno**).
- “Solo tuvimos capacitaciones virtuales sobre la ley 27.610, pero a mí me gustaría aprender a hacer fotolisis y no hay ninguna capacitación” (**integrante del equipo de Salud del Hospital de Orán**).
- “No, nunca nos capacitaron sobre eso” (**Administrativa del Hospital del C.S. 9 de Julio**).

Mientras que ni el Estado, ni los Hospitales proveen de capacitaciones sobre la Ley 27610 a los equipos de Salud, nos encontramos con la oferta académica de un curso “Acompañamiento a la mujer con embarazo vulnerable”¹⁷, organizado por la **Universidad Católica (UCA)** en todas sus sedes academias del país, incluida Salta (UCASAL).



DIPLOMATURA

Acompañamiento a la mujer con embarazo vulnerable

"Formación para el acompañamiento a la mujer en situación de aborto"

UCASAL

Nombre
Escribe tu nombre

Email
Escribe tu email

País
ARGENTINA

Provincia
BUENOS AIRES

Sede
BAHIA BLANCA

Telefono
celular 54 Cod.Área Telefono

Más información

En la página oficial de la Universidad Católica publicitan una diplomatura de modalidad virtual con resolución rectoral universitaria y certificación con puntaje docente. dirigida al público en general. Llamam a participar a “todas aquellas personas que acompañan o desean acompañar a mujeres, parejas y familias en situación de aborto.” Entre sus fundamentos define al aborto como una problemática actual que amenaza el entramado social y el futuro de la humanidad. Entre los objetivos de esta diplomatura resaltan: “Obtener una visión humanizada e integral de la mujer que cursa un embarazo inesperado, comprendiendo la complejidad que implica la experiencia de abortar y sus consecuencias físicas, psicológicas y emocionales”; “Adquirir herramientas que permitan la orientación y el seguimiento de madres que transitan embarazos inesperados o en situaciones difíciles”; “Entender el aborto como factor de riesgo individual, familiar y social.

¹⁷Información disponible en: <https://wwwold.ucasal.edu.ar/cursos/diplomatura-acompanamiento-mujer-embarazo-vulnerable.php>

Esta Diplomatura cuenta con un equipo docente de 18 integrantes, entre ellos psicólogos, médicos y abogados, como así también “formadores”, “orientadores” o “instructores”, que no ostentan una especialidad o expertise en el tema. Varios de ellos son detractores de la Ley 27.610. Por ejemplo, el médico salteño Carlos Cristian Franco, quien se desempeñó como Director de Atención Primaria de Salud de la Subsecretaría de Medicina Social de la Provincia de Salta desde 2019 hasta junio de 2022, y se pronunció públicamente por medio de un extenso video¹⁸ publicado en redes sociales en favor de las acciones del Dr. Leandro Rodríguez Lastra, quien hoy tiene una condena firme por el delito de incumplimiento de los deberes de funcionario público (art. 248 del CP) por obstruir una interrupción legal del embarazo (ILE) en curso, obligándola a continuar con el embarazo, suministrándole una medicación que detiene las contracciones uterinas producidas por el misoprostol.

Nos preocupa ver la ausencia del Estado a la hora de ofrecer capacitaciones al personal de salud y cómo a partir de esa ausencia en la formación del recurso humano, surgen estos espacios que representan un retroceso para el ámbito académico.

Pero, además, son espacios que, bajo la apariencia de discursos de ciencia, usan la Academia para confundir los sentidos del derecho a decidir, trastocar la implementación de la Ley 27610 y promover una formación de grado o posgrado con un perfil de egresados abiertamente ignorantes de los marcos normativos vigentes, frecuentemente cómodos con el uso descontrolado de la objeción de conciencia y reactivos al respeto de la autonomía.

¹⁸ Video disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=FQ35d3UD5a8>.

h. Objeción de conciencia y aborto

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



Se destacan las siguientes respuestas de las usuarias encuestadas: “No lo pueden obligar si es cristiano.” (Usuaría de 61 años), “Puede estar en contra del aborto.” (Usuaría de 22 años), “Si puede negarse por ética” (Usuaría de 46 años), “Si porque mata un bebé”. (Usuaría de 32 años), “Sí puede negarse, después pueden decir que el medico la mato.” (Usuaría de 20 años) “Están en su derecho de no hacer los abortos.” (Usuaría de 43 años), “No pueden negarse, pero lo hacen por la religión.” (Usuaría de 19 años), “Algunos se niegan, pero mienten, después hacen en la privada.” (Usuaría de 42 años), “Sí puede negarse, así como un abogado puede decidir si quiere o no defender a un violador o delincuente” (Usuaría de 52 años), “Considero que no deberían negarse ya que ahora es legal” (Usuaría de 38 años), “Si puede, pero eso no puede ser un impedimento para que la mujer aborte” (Usuaría de 24 años).

La “objeción de conciencia” se encuentra presente en la Ley 27.610 como un derecho para aquellos profesionales de la salud que deban intervenir directamente en una IVE/ILE, pero con ciertas limitaciones y condiciones (art. 10):

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

A su vez, el personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de la que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable (ILE – Causal Salud).

Y en ningún caso, el personal de salud podrá escudarse en la objeción de conciencia para desligarse de brindar una consulta de post aborto.

La **Ley 27.610 prevé sanciones**, ya sean disciplinarias, administrativas, penales o civiles para aquellos profesionales que incumplan estas condiciones y limitaciones del ejercicio de la objeción de conciencia.

A lo que no tienen derecho las instituciones es a ser objetoras a nivel institucional, es por ello, que el **art. 11 de la Ley 27.610**, prevé que en el caso de que a nivel institucional no cuenten con un profesional que sea garantista, deben contar con otro profesional a quien derivar de manera temporánea, oportuna y sin dilaciones. Y si existieran costos para realizar la derivación, serán a cargo del efector que deriva y jamás del paciente.

En una Observación Participante en el **Hospital Papa Francisco** no sólo no encontramos turnos disponibles para ILE o IVE, sino que tampoco había folletería sobre anticoncepción. Sin embargo, sí fue factible observar otro tipo de folletería, de carácter litúrgico, que resulta ajena a la consulta de salud sexual, reproductiva o no reproductiva:



Afortunadamente en la mayoría de los centros donde entrevistamos a profesionales encontramos a un equipo profesional dispuesto y garantizando IVE e ILE. Les agradecemos por tal labor, son ellos quienes hacen horas extras, muchas veces son estigmatizados por sus colegas y ayudan a personas gestantes a abortar seguras en un centro de atención.

Otra cuestión que analizar es la objeción de conciencia por parte de personas jurídicas, es decir, institucional, la cual está prohibida por la **Ley 27.610**, y en su art. **Art. 11** establece:

“Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice

efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.”

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

- “No se toma ninguna medida a los profesionales que maltratan y obstaculizan, en el hospital que trabajaba antes había una firma de objeción de conciencia de anticoncepción, o sea, podías objetar abortos, anticonceptivos, post aborto. Hay objetores de DIU incluso.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**
- “Que yo sepa nunca se tomaron medidas, ni sanciones con los profesionales que se niegan u obstaculizan los abortos legales”. **(integrante del equipo de Salud del C.S. Retambay).**
- “Cuando nos enteramos, porque rara vez las mujeres cuentan, les decimos que llamen al 0800 para hacer la denuncia. Tenemos reclamos desde la gerencia por denuncias. Muchas veces la gente viene con miedo. Yo creo que si hay mucho miedo para realizar las denuncias.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**
- “No se toma ningún tipo de medida” **(Integrante del equipo de salud del C.S. 9 de Julio).**
- “Nunca vi que se tome ninguna medida” **(Integrante del equipo de salud C.S. Güemes).**

Posiblemente la falta de identificación de la consulta de aborto como una consulta de salud; la falta de sanciones para quien niega esta atención sanitaria; y la falta de supervisión de la objeción de conciencia como dispositivo que afecta la disponibilidad de prestación e importa una sobrecarga desproporcionada sobre los profesionales que sí garantizan IVE e ILE, sean factores que inciden en quienes ocupan cargos de Dirección y teniendo facultades para redistribuir las cargas de sus agentes y asegurar los derechos de las mujeres, no lo hacen o realizan una acción contraria.

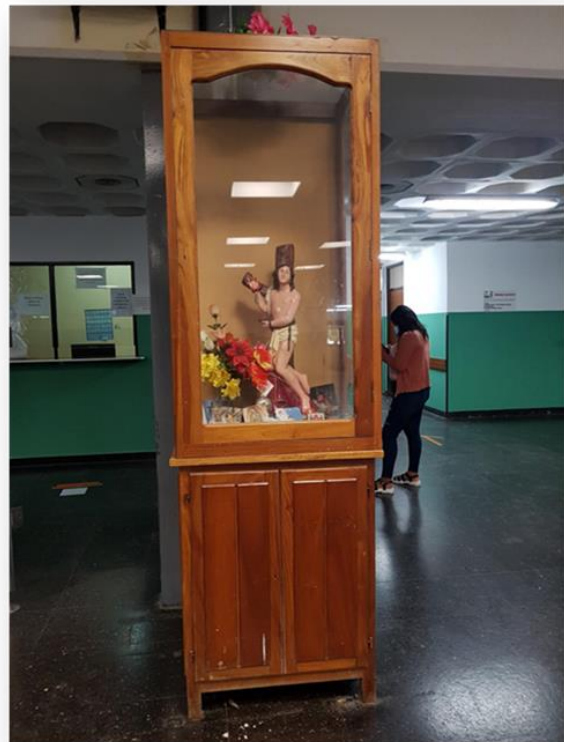
Frente a la pregunta **¿Los colegas estigmatizan a quienes garantizan el aborto permitido por la ley o muestran agradecimiento a quienes están dispuestos a afrontar aquel trabajo que otros niegan?**

- “Ya no pasa como antes, antes si no se podía hacer mucho y si tenías alguna postura te estigmatizaban”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**
- “Somos las malas de la película. Somos las aborteras, entonces no podés hacer control prenatal”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**
- “No sentí ni un estigma o maltrato hacia mí, tampoco están agradecidos”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**

En la misma línea, destacamos también estos comentarios surgidos de distintas preguntas en las entrevistas en profundidad:

- “Todos objetan y el hospital, la gerente, no hace nada. En la privada los que son objetores acá si realizan IVE/ILE ahí”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán).**
- “Es tanta la demanda (de IVE/ILE) que se van postergando y se resuelven más adelante, porque somos 4 del equipo de Ginecología, en el Servicio de Obstetricia todos objetores.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**
- “Nosotras recibimos de la ciudad de Salta solo zona Norte, en zona Sur son todos objetores, en el Hospital Papa Francisco, son todos objetores y termina atendiendo el Materno.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**
- “Todos excepto yo son objetores, si yo salgo de licencia es mi equipo en que garantiza, no los otros médicos del hospital”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Tartagal).**
- “Recuerdo que una vez una compañera me pregunto horrorizada si yo hacía fotolisis. Yo le respondí que SI, que garantizaba IVEs e ILEs y a veces ese procedimiento era necesario. Días después, desapareció el instrumental que usaba para esta práctica, el único que había en todo el hospital, fue un mensaje claro”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Materno).**

Se destaca en observaciones participantes: “En la sala del hospital pudimos observar una cabina grande cubierta de imágenes contra el aborto y con los colores de la campaña conservadora “con mis hijos no te metas” al consultar de que se trataba nos indicaron que eran un grupo de enfermeras que realizaban “acompañamiento” a madres jóvenes que se arrepentir de abortar y buscaban dar a su hijo en adopción, frente a esta cabina, se encuentra la capilla del Hospital, que es de un gran tamaño” **(Hospital Materno)** “A afueras del Hospital, por el ingreso de guardia hay una cruz gigante donde a menudo se reúnen cultos católicos a celebrar misas. En la sala de espera hay un altar al “Niño Jesús” con una figura en una caja de vidrio rodeada de regalos de la gente. **Hospital de Orán).** “Hay presencia de muchas monjas y de pequeñas imágenes religiosas de santos y vírgenes pegadas en las paredes”. **(Hospital San Bernardo).** “En el pasillo de entrada observarse un gran mural con una oración al “Niño Jesús de Praga” y frente a la mesa de recepción una mesa llena de velas y con distintas imágenes y estatuillas religiosas” **(C.S. Campo Casero).** “Lo primero que se ve al entrar es la imagen gigante del Papa Francisco, luego hay una mesita en el pasillo principal llena de folletos sobre el culto católico, todos ellos de “Editorial Claretiana”. **(Hospital Papa Francisco).**



i. Violencia institucional en la atención de aborto

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

Esta ley establece en su **art.6 inc. d)** que la violencia contra la libertad reproductiva es "aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable." Y su **decreto reglamentario Nº 1011/10** establece que "Configura violencia contra la libertad reproductiva toda acción u omisión proveniente del personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud, o de cualquier particular como cónyuges, concubinos, convivientes, padres, otros parientes o empleadores/as, entre otros, que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos, el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos. Específicamente incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva" En su **art. 6 inc. e** la **Ley 26.485** define a la Violencia obstétrica como "aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929" el **decreto reglamentario Nº 1011/10** amplía "Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no".

Esta ley también define a la **Violencia institucional** contra las mujeres como "aquella realizada por las/los funcionarios/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos



en esta ley.”

5 de cada 10 mujeres encuestadas manifiestan conocer que pueden ser víctimas de violencia de género o violencia institucional cuando el personal de la salud les deniega una ILE; y **6 de cada 10** respondió que sabe o cree que existen sanciones para quienes niegan un aborto permitido por la ley.

Reforzando esta idea de que no hay sanciones para quienes obstaculizan IVE e ILE **8 de cada 10** de las mujeres encuestadas considera que un médico puede negarse a realizar una IVE/ILE por objeción de conciencia y que ello no está fuera de la ley, ni recibirá por ello sanciones.



De **entrevistas a profesionales**, recogemos este comentario: “Las mujeres tienen vergüenza, o miedo. No denuncian. Si nos enteramos es por la boca a boca” (**integrante del equipo de Salud del Centro de Salud 9 de Julio**).

Por su parte **usuarias** nos comentaron: “No hice consulta. Mi hermana sí. Me contó que le dijeron que ellos no pueden matar una vida, que se podía morir ella también” cuando le consultamos si su hermana finalmente había podido acceder a la IVE, respondió “No, después se arrepintió y no busco más” (usuaria de 36 años).

6 de cada 10 de las usuarias encuestadas conoce a una persona que accedió a una interrupción del embarazo, **1 de 10** piensan que esa persona debería estar privada de su libertad por el aborto que se hizo.

Frente a la pregunta **¿En el caso hipotético que decidieras interrumpir un embarazo que no planificaste y no podés llevar adelante, harías una consulta sobre aborto a un Servicio de salud o lo harías por tu cuenta?**

4 de cada 10 mujeres harían la consulta para interrumpir un embarazo no deseado en un Servicio de Salud, pero **3 de ellas “lo haría por cuenta propia”** y **2** no saben si harían la consulta. Nos queda el interrogante acerca de éstas 2 últimas si llegarían a una maternidad forzada o también “lo resolverían por su cuenta” y recurrirían a un aborto clandestino, que podría llevarlas a la muerte.

Entre las razones señaladas por las **usuarias** por las cuales no acudirían a un servicio de salud pública se destacan: “Por mi cuenta, no confío en el hospital” (**Usuaría de 30 años**), “Por cuenta propia, no quiero que nadie se entere” (**Usuaría de 23 años**) “Lo haría por mi cuenta, porque da vergüenza” (**Usuaría de 19 años**), “Por mi cuenta, porque no me van a atender en el hospital” (**Usuaría de 25 años**), “Primero con conciencia, iría a la doctora particular porque en los centros de salud no dan información” (**Usuaría de 25 años**) “Voy a ir a un hospital, sola puede pasarme cualquier cosa” (**Usuaría de 26 años**), “Si iría para salvar mi vida” (**Usuaría de 32 años**).

De los comentarios podemos inferir que **existe una profunda desconfianza respecto de los servicios de salud pública**, no solo sobre si garantizarán o no la práctica, sino también sobre el respeto que tiene el personal de salud de estos servicios por la confidencialidad de las usuarias.

Si bien la mayoría de las mujeres encuestadas negó haber realizado una consulta sobre aborto alguna vez, aquellas que si lo hicieron referencian con frecuencia haber consultado por internet. En menor medida, algunas se acercaron a servicios de salud, donde les indicaron que debían llamar al 0800 de Salud Sexual.

Frente a la pregunta de **¿Según tu opinión, cuando una mujer consulta en un servicio de salud porque no quiere continuar con un embarazo no deseado, ¿qué puede pasarle?** resaltan los siguientes comentarios: “Pueden hacerle mal el aborto o le dan mal las pastillas. Tengo una conocida que tuvo una hemorragia” (**Usuaría de 32 años**), “Corre riesgo su vida, escuche en el hospital dando a luz a mis hijos sobre el riesgo de abortar. Pueden sufrir cualquier cosa.” (**Usuaría de 42 años**), “No le llevan el apunte, le van a decir que un hijo es un hijo y que hay que tenerlo” (**Usuaría de 41 años**), “Aquí no te permiten eso, ya vine una vez y consulté; yo no sabía que estaba embarazada, tenía sangrados. Me dijeron que haga un análisis de embarazo y recién después me iban a medicar, pero no llegó a término.” (**Usuaría de 22 años**), “Le van a negar la intervención. La gente va a lugares clandestinos para hacerse abortos.” (**Usuaría de 34 años**), “Pueden sacarle el útero.” (**Usuaría de 55 años**), “Se lo pueden hacer mal y matarla” (**Usuaría de 63 años**), “Corre riesgo su vida” (**Usuaría de 49 años**), “La hacen dar vueltas y la mandan a otro lado.” (**Usuaría de 21 años**), “Las que trabajan en el hospital no respetan la confidencialidad de las consultas” (**Usuaría de 36 años**), “Cuando fui para colocarme implante me consultaron los enfermeros porque tenía relaciones a mi edad” (**Usuaría de 18 años**), “Se entera todo el hospital. Yo no iría a consultar ahí, prefiero consultar en capital” (**Usuaría de 28 años**).



Frente a la pregunta **¿Que métodos conoce para provocarse un aborto?** La mayoría identifico métodos inseguros, resaltando entre estos los siguientes comentarios: “Toman té de yuyos o se meten agujas de tejer”; “Se meten perejil.”;

“Inyectables, pastillas.”; “Se meten un palo por la vagina.”; “Aspiración, té de yuyos.”; “Inyecciones, sondas.”; “Pastillas y ajeno, que es una plantita.”; “Las pastillas conocidas como 5 estrellas.”

Estos comentarios nos indican que gran parte de las usuarias del sistema de salud pública de Salta se expondría a un aborto inseguro con tal de no arriesgarse a ser maltratada en el hospital, o de sufrir violaciones de su intimidad.

ATENCIÓN POST ABORTO

La atención post aborto se encuentra expresamente contemplada en el art. 2 inc. c, art. 5 y 6 de la Ley 27.610 que indica en primera instancia la obligación sanitaria de dar seguimiento a la interrupción del embarazo luego de iniciar un tratamiento, atender si el aborto se realizó de forma correcta y, por otro lado, brindar una asesoría sobre MAC para que las personas con capacidad biológica de gestar puedan elegir cual método se adapta a sus necesidades y estilo de vida.

Pero la atención postaborto también implica la atención sanitaria de eventos obstétricos iniciados por fuera del Sistema de Salud o bajo la atención de algún otro profesional distinto de quien encuentra a una usuaria que solicita este tipo de atención. En cualquiera de estos dos casos el aborto ya se produjo y el dilema ético o religioso que podría justificar que el personal de salud se exima de atender a esta paciente invocando la objeción de conciencia ya no es posible. De hecho, el art. 10 de la Ley así lo prevé de manera expresa.

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

9 de cada 10 encuestadas manifiestan que acudirían al hospital en caso de sufrir un aborto.

Sobre las condiciones de este tipo de atención clínica post aborto las respuestas en las **entrevistas en profundidad** al personal de salud fueron diversas. Se destacan las siguientes:

- “La atención es insuficiente en el primer nivel. No hay acceso a consejerías más allá del hospital menos consejerías post aborto” (**integrante del equipo de Salud del Hospital Materno**).
- “No hay problemas con la atención post aborto por lo general llegan por guardia y la atiende sin problemas el médico que este” (**integrante del equipo de Salud del Hospital de Tartagal**).
- “Desconozco, supongo que vienen por guardia. Yo no he recibido ninguna” (**integrante del equipo de Salud del Hospital de Orán**).

La presencia policial ya sea perteneciente a la fuerza estatal o seguridad privada resulta un factor central en este tipo de casos. En entrevistas en profundidad **indagamos la opinión de los profesionales de la salud valoraron como problemática para la atención post aborto la presencia de oficiales, guardias y del miso Destacamento dentro de los Hospitales:**

- “La oficina de la policía provincial está a la vista en cuanto entras al hospital por la guardia, lo cual es intimidante y generó una permanente sensación de vigilancia, muchas pacientes prefieren entrar por el portón trasero” (**Profesional de la salud del Hospital de Orán**).
- “Cuando concurren con complicaciones post aborto, aún hoy con la ley vigente, las mujeres son maltratadas y cuestionadas, relegadas al final del cuarto de partos, donde reciben escasa atención del personal” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Orán**).

Se destaca en **observación no participante** la presencia policial naturalizada en el marco de la atención sanitaria, lo cual puede dificultar que las mujeres se acerquen en casos de atención post aborto, la postura de la policía es siempre vigilante y alerta. Están a la entrada del Hospital controlando entradas y salidas. También rondan por los pasillos del Hospital. Durante nuestra permanencia en el hospital observamos 2 casos de mujeres escoltadas por policías, esposadas en ambos casos” (**Hospital San Bernardo**)

6 de cada 10 de las mujeres encuestadas aseguró conocer a alguien que se ha practicado voluntariamente un aborto (amiga, familiar, conocida, vecina, etc.). Y el 90% consideró que esas mujeres no debieran estar presas.

Estos datos nos reflejan que a partir de la sanción de la Ley 27.610 **existe un cambio social y de clase enorme, ya que, pese a que existen personas que no abortarían, la mayoría de las personas encuestadas indican que no buscan la criminalización de quienes por decisión propia si lo hicieran.**

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

- “Si, ahora se puede acceder a la IVE e ILE, antes para acceder a ILE era casi imposible” **Integrante del equipo de Salud del Hospital de Orán.**
- “Yo ingresé hace muy poquito, antes no veía que las pacientes lo solicitaban. Ahora si veo un montón. Creo que es por la ley. Y si la pedían era por mal formación fetal, pero voluntaria no” (**Integrante del equipo de Salud del Hospital Materno**).
- “Cambio muy poco. Es más visible ahora. Si se niegan no pasa nada” (**Integrante del equipo de Salud del C.S. 9 de Julio**).

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

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

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

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

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

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

Es importante que las Obras Sociales garanticen IVE e ILE cumpliendo con los estándares de buenas prácticas para la atención, no solo porque así lo establece el art. 12 de la mencionada Ley, sino porque así se evitará que aquellas usuarias que posean cobertura no se vean obligadas a recurrir al sistema de salud pública, lo que provoca una sobrecarga innecesaria de los servicios públicos, traducido en el desgaste del poco personal de salud que garantiza.

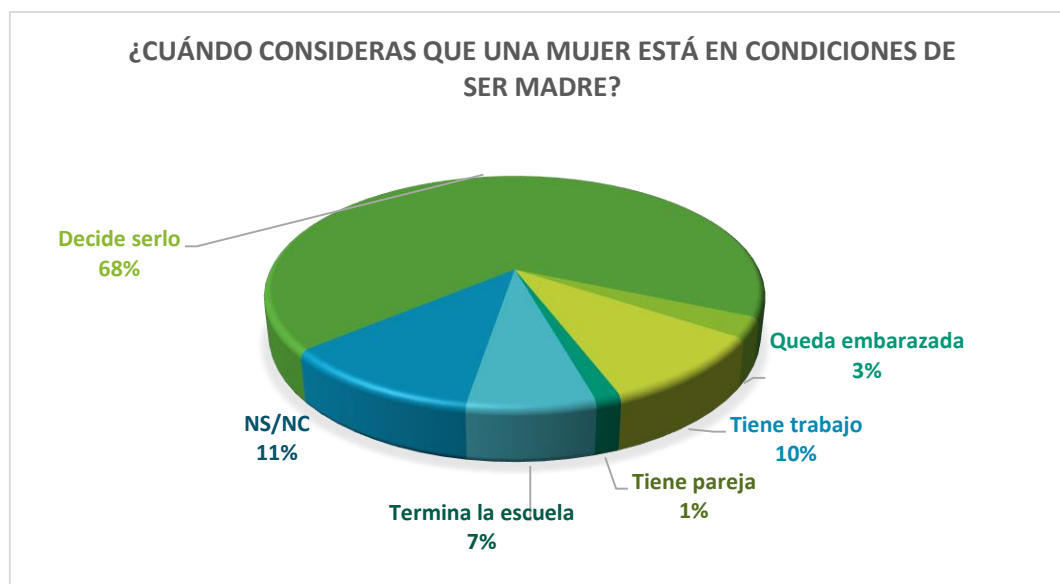
De una **entrevista en profundidad** podemos destacar el siguiente comentario *"pensé que las que más iban a solicitar abortos eran las mujeres de los barrios, las con menos recursos, pero se ve muchas chicas del centro que consultan acá, porque no quieren que nadie se entere creo yo"* (miembro del equipo de salud del C. S. 9 de Julio)

La consulta en instituciones públicas de pacientes con obra social, nos devela los obstáculos para la cobertura privada, que son finalmente afrontados por el sector público.

9. Conclusiones feministas sobre ciudadanía sexual

Existe una idea instalada en el imaginario social que da por sentado que las mujeres de todas las edades conocen o han recibido información sobre salud sexual y reproductiva y que es fácil acceder a un MAC. Esto refuerza una idea equivocada de autonomía y libertad reproductiva. Tomando en cuenta que el 60% de las usuarias dijo haber cursado al menos un embarazo no buscado o no planificado y que sólo el 56% conoce que una violación es cualquier relación sexual no consentida (independientemente de quien la fuerce o dónde ocurra) consideramos importante a modo de conclusión proponer repensar la idea de autonomía frente a un embarazo, tomando en cuenta lo que piensan las mujeres.

Por ello hicimos la pregunta **¿Cuándo consideras que una mujer está en condiciones de ser madre?**



7 de cada 10 de las encuestadas indica que una mujer está en condiciones de ser madre “cuándo decide serlo”. El 9.86% indica “cuando tiene trabajo” y un 1.41% opina que “cuando tiene pareja”. El 5% indica “cuando termina la escuela”.

Las encuestadas que conforman ese 67% que acertadamente identifica “la decisión” de la mujer como base de la maternidad, **pero ¿Con qué autonomía cuentan?**

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

- ❖ ¿Hasta qué punto una niña, adolescente o mujer decide libremente ser madre si no conoce que tiene derecho a controlar la natalidad?

- ❖ ¿Qué aporte hará Educación en la autonomía reproductiva de niños, niñas y adolescentes si no se implementa la ESI en las Escuelas?
- ❖ ¿Con qué herramientas podrá superar una mujer el déficit en su educación sexual si no existe información gráfica sobre MAC, ILE o ILE en Servicios de Salud y si los/as profesionales que la atienden no le brindan información sanitaria clara, veraz, completa, basada en la evidencia científica y acorde a sus competencias?
- ❖ ¿Cómo podrá controlar la natalidad una usuaria si la escasez de insumos anticonceptivos en las Instituciones Asistenciales es corroborada por los/as profesionales de la salud?
- ❖ ¿Cómo podrá ejercitarse el derecho a tener una vida sexual placentera, libre de discriminación y violencia si la población es incapaz de disociar sexualidad de reproducción?
- ❖ ¿Cuán ciudadana es una niña, adolescente o mujer que desconoce qué derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos tiene?

10.Recomendaciones

- **Realizar** capacitaciones obligatorias para efectores de salud sobre la Ley 27.610 en todos los territorios de la provincia y con agentes locales.
- **Organizar** todos los Servicios de Salud de forma que cuenten de forma permanente y continua con un Equipo de Salud preparado para garantizar el acceso a ILE/IVE en todos los Hospitales públicos de la provincia y en todos los niveles de atención.
- **Equipar** los Servicios de Salud Pública de toda la provincia de acuerdo a su nivel de complejidad, para evitar la recarga de determinados servicios que no cuentan con recursos materiales para realizar IVEs o ILEs de más de 12 semanas.
- **Visibilizar** los obstáculos para acceder a MAC y a la ILE/IVE como violencia obstétrica y contra la libertad reproductiva de género de conformidad con los arts. 6 inc. b, d y e de la ley 26485 y su Decreto Reglamentario N° 1011/10.
- **Garantizar** una atención sanitaria laica, libre de la presión de creencias personales de les profesionales objetores de conciencia.
- **Erradicar** el estigma y la sobrecarga laboral de les profesionales que garantizan la IVE/ILE en una planta de agentes donde representan un número significativamente menor.
- **Fomentar** el incremento de la planta de profesionales a que realizan IVE/ILE con el pago de un adicional, con descansos compensatorios por las horas extras, con libre disponibilidad y/o cualquier otra compensación por la realización de una tarea que la mayoría de los agentes estatales no está dispuesta a garantizar.
- **Articular** con las Universidades Públicas y Privadas para incorporar la enseñanza de la Ley 27.610 dentro de la currícula de formación obligatoria de grado de los profesionales de la salud.
- **Desarticular** los obstáculos médico-burocrático que superponen vulnerabilidad en virtud de las barreras geográficas.
- **Impulsar** el funcionamiento de la potestad sancionatoria de la Administración para responsabilizar a les efectores que violen los derechos de las usuarias y ejerzan violencia en la atención gineco - obstétrica.
- **Organizar** capacitaciones interinstitucionales con los 3 poderes del Estado para asegurar la vigencia de una atención clínica de calidad para las emergencias obstétricas, libre de criminalización y violencias de género.
- **Revisar** las disposiciones administrativas y las prácticas derivadas de la presencia de Personal Policial y/o de Seguridad Privada en la atención sanitaria de las usuarias.
- **Habilitar** una línea de denuncia provincial para la denuncia de obstáculos para el acceso a la IVE/ILE que canalice de manera local la denegatoria o la dilación de estas prestaciones médicas lícitas.
- **Promover** el acceso de personas con discapacidades sensoriales al acceso a la información sobre MACs y DDSSRR.

11. Palabras de la Federación Argentina de Medicina General

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

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

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

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

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

Dra. Pilar Galende

Presidenta de FAMG





ISBN 978-987-47920-8-2

