

FUSA AC

**Directora Ejecutiva**

Sandra Vázquez

**Área de Investigación y Proyectos**

Victoria Pedrido.

**Área de Comunicación**

Adrián Arden

Podés comunicarte con nosotros al mail [info@grupofusa.org](mailto:info@grupofusa.org)

[www.grupofusa.org](http://www.grupofusa.org)

<https://www.ippfwhr.org>

Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando la fuente.

Buenos Aires, Argentina.

Abril de 2017.



# Índice

- 5 Prólogo
  
- 7 **Lic. Daniela Dosso**  
**Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo**
- 10 Algunas consideraciones previas
- 11 Contexto legal y texto profesional
- 17 Otro texto profesional es posible
- 20 Implementación de la causal salud
- 21 Lo social
- 24 Lo psíquico
- 25 Lo físico
- 26 La relación bio-psico-social
- 28 Reflexiones finales
- 29 Bibliografía
- 30 Evaluación del estado psicoemocional
- 31 Instrumento para la evaluación de riesgo para la mujer a causa del embarazo
- 34 Componentes necesarios para el encuadre por causal salud
- 35 Ejemplo de texto para la historia clínica
  
- 37 **Lic. Sandra Bernabó**  
**Lic. Andrea Berra**  
**Lic. Mariana Kielmanovich**  
**Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo**
- 39 Introducción
- 40 De dónde partimos
- 44 Adentrándonos en la causal salud. Tensiones y desafíos.
- 47 Hacia una definición de causal salud como “integralidad”
- 48 Impacto del embarazo no planificado o no deseado en la salud de la persona. Un breve análisis desde una mirada psicosocial
- 51 Embarazo no deseado o no planificado: impacto en la subjetividad
- 54 Rescatando la singularidad de las mujeres en situación de embarazos no planificados o no deseados: las Consejerías de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva
- 55 A modo de cierre
- 57 Bibliografía

59 **Dra. Julieta Ireizo**  
**Lic. Natalia Maccorin**  
**Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo**  
**Ensayo Argumentativo: “Causal salud, una herramienta estratégica”**

60 Introducción

61 Un recorrido por las políticas públicas

64 El aborto como punto de ruptura, las ILE como derecho

69 La objeción de conciencia como estrategia de opresión

72 Conclusiones

75 Bibliografía

77 **Dra. María Flavia Del Rosso**  
**Desmedicalizando el aborto: “Donde no hay doctor”**  
**La implementación de la causal salud frente a la (difícil) consideración de las dimensiones psicológica, social y vivencial de la salud**

79 I. La participación médica, ¿condición suficiente? Valoración de las dimensiones psíquica, social y vivencial en la producción de salud

83 II. La participación médica, ¿condición necesaria? Experiencias de las mujeres en la interrupción del embarazo mediante el uso off label de misoprostol

84 Fundamentos científicos

84 Fundamentos legales

85 Fundamentos éticos

89 Bibliografía

## Prólogo

**E**l presente libro es el resultado del Concurso de Ensayos "Miradas integrales de la causal salud para Interrupción Legal del Embarazo." Este concurso se realizó en el marco del proyecto "Promoviendo el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva en Argentina" que desarrolló a cabo FUSA AC entre 2014 y 2015 con el apoyo de IPPF (International Planned Parenthood Federation).

La causal salud es uno de los supuestos de legalidad para el acceso a la Interrupción del embarazo en la mayoría de los países de América Latina. En el caso argentino, este permiso se encuentra contemplado en el inciso 1 del artículo 86 del Código Penal. A pesar de ello, habitualmente su efectiva aplicación encuentra obstáculos en el sistema de salud y tiene como consecuencia que muchas mujeres no puedan acceder a servicios seguros para interrumpir un embarazo legal. Es decir, que no puedan acceder a un derecho que las asiste por ley.

La interpretación amplia del concepto influye, obviamente, en los alcances que esta causal concede para el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo. Desde una perspectiva que entiende que la salud comprende tres dimensiones: física, mental-emocional y social, se considera que el peligro para la salud debe ser entendido como la posibilidad de afectar cualquiera de éstas, y no la mera constatación de una enfermedad o daño físico.

Con el propósito de promover la reflexión y la producción de conocimiento sobre las interpretaciones desde una perspectiva integral de la causal salud, FUSA AC convocó a participar del Concurso de Ensayos

“Miradas integrales de la causal salud para Interrupción Legal del Embarazo” dirigido a profesionales y estudiantes de disciplinas competentes.

De esta manera, y tras un difícil proceso de selección encarado por un jurado conformado por la Lic. Victoria Pedrido, Lic. María Alicia Gutiérrez y Lic. Cristina Zurutuza, se eligieron los trabajos ganadores:

- “Miradas Integrales de la causal Salud para la ILE” de Daniela Dosso, (Bs As)
- “Miradas Integrales de la causal salud para la ILE” de Andrea Berra, Mariana Kielmanovich y Sandra Bernabó (CABA)
- Causal Salud una herramienta estratégica, de Julieta Ireizo y Natalia Maccorin (Bs. As.)
- Desmedicalizando el aborto “Donde no hay doctor”, de Flavia del Rosso (Santa Fe)

Cabe destacar que en todos los trabajos se pudo observar el compromiso y el interés por profundizar sobre esta temática.

Alentamos a los y las profesionales a seguir sumando su mirada sobre esta problemática y agradecemos a todos/as su participación.

**Sandra Vázquez**  
Dirección Ejecutiva  
FUSA AC

### *Texto aclaratorio*

A lo largo de este documento hemos alternado el uso de recursos lingüísticos como x, y @ para referirnos a distintas identidades de género, en lugar de optar por el desdoblamiento femenino/masculino. La idea no es sólo desarmar el binario en el lenguaje, sino aprovechar la oportunidad que éste nos brinda para advertir que el lenguaje no puede nombrarlo todo.

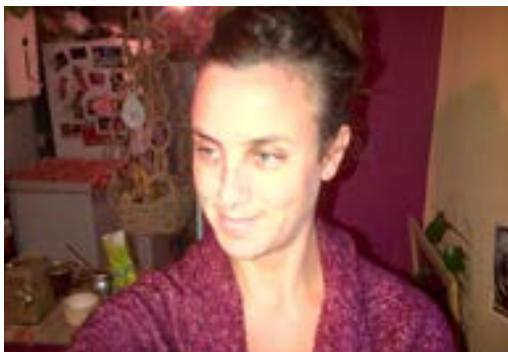
# Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo

*Ensayista*

---

## Lic. Daniela Dosso

Es Licenciada en trabajo social. Docente e investigadora. Parte del equipo de Atención a mujeres en situación de aborto del CAPS Mercedes Sosa del Municipio de Morón, prov. Bs. As. Integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, Argentina.





## Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo

**E**n este ensayo intentaremos hacer algunos aportes desde las ciencias sociales sobre las posibilidades actuales de la atención a mujeres en situación de aborto dentro del sistema de salud. El trabajo surge de la acción reflexiva del equipo interdisciplinario, en el que participo como trabajadora social, del ejercicio constante por la legitimación del quehacer profesional que nos recupere a los profesionales de la salud como sujetos con conciencia moral y principios éticos que guían la atención que brindamos a las mujeres. Al poner la mirada en la relación entre el contexto legal argentino y el rol de los profesionales de la salud, nos guía la inquietud de encontrar el camino para garantizar el derecho de las mujeres al aborto legal, seguro y gratuito en el contexto legal actual.

Como sabemos, el aborto está penado y permitido a la vez, en el artículo 85 el Código Penal dice que está penado y, en el artículo 86, que se permite en tres circunstancias, cuando el embarazo es producto de una violación, si es un peligro para la vida o la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. La ley no pide que el peligro o riesgo sea grave, y aclara que el aborto debe ser realizado por un médico diplomado y con el previo consentimiento de la mujer.

Los profesionales de la salud, en general, conocen el contexto legal del aborto en la Argentina, y son muchos los que entienden que cualquier embarazo no deseado o que la mujer necesita interrumpir es un problema, un riesgo para la salud, por lo tanto, comprenden que se debe poder acceder a un aborto. Algo que se escucha frecuentemente, cuando participan de capacitaciones para la aplicación de las causales de no punibilidad del aborto, es que “entonces todo aborto es no punible”, pero esta frase, a modo de declaración de principios, sola no es suficiente. Debemos desarmarla y rearmarla de nuevo, haciendo un esfuerzo teórico y metodológico para poner a operar nuestros conocimientos interdisciplinarios, de modo que podamos dar cuenta de lo singular y lo general que se presenta con cada mujer, en cada caso en particular.

En esta coyuntura histórica, para que las mujeres accedan a un aborto seguro, es necesaria la mediación profesional. La brecha entre el pedido de aborto de una mujer y los permisos legales expresados en el Código Penal nos convoca a los profesionales de la salud a poner a operar los marcos teóricos, la capacidad técnica y la visión epidemio-

lógica para que las mujeres puedan acceder a su legítimo derecho de decidir sobre sus cuerpos y sobre sus vidas.

## Algunas consideraciones previas

Antes de comenzar con el contenido, nos parece pertinente aclarar dos cuestiones clave que tuvimos en cuenta en el desarrollo: qué mirar y cómo hacerlo.

En cuanto al cómo, nos propusimos aplicar una mirada integradora de dos posturas aparentemente antagónicas en ciencias sociales, el objetivismo y el subjetivismo. El primero, trata a los hechos sociales como cosas, deduciendo las acciones e interacciones de la estructura; el segundo, reduce el mundo social a las representaciones que de él se hacen los agentes, limitando las estructuras a las interacciones. En este ensayo, intentaremos superar esta falsa oposición para el análisis de la relación entre el contexto legal y el rol profesional. Es un desafío no fragmentar la realidad social, considerando lo micro y lo macro como dos momentos que refieren a la actitud de análisis del observador y no a dos planos separados realmente. Parafraseando a Pierre Bourdieu, las estructuras objetivas, al apartar las representaciones subjetivas de los agentes, son el fundamento de las representaciones subjetivas y constituyen las coacciones estructurales que pesan sobre las interacciones; pero por otro lado, esas representaciones también deben ser consideradas si se quiere dar cuenta de las luchas cotidianas, individuales o colectivas, que tienden a transformar o conservar esas estructuras. La idea es que la mirada a la que hacemos referencia nos permita abordar la relación sujeto-sociedad desde una perspectiva superadora.

En cuanto a qué mirar, la idea fue hacer una observación doble, en paralelo, de dos componentes intrínsecos de la atención a mujeres en situación de aborto en el sistema de salud; por un lado, la mujer en situación de aborto, que es el objeto de intervención y conocimiento del profesional que atiende, y, por otro, el mismo sujeto de conocimiento e intervención como es el profesional de la salud. Del primer componente, nos interesa comprender lo más ampliamente posible, y encontrar la relación entre los motivos y razones que las mujeres tienen para abortar con las dimensiones bio-psico-sociales de la salud que se ponen en juego y en riesgo frente a un embarazo que no se quiere tener. En cuanto al segundo, nos interesa cuestionarlo como un agente social

capaz de conservar, resistir o modificar el campo de la salud en el que se lleva adelante la atención de las mujeres en situación de aborto. Como se planteó anteriormente, a ambos vamos a aplicarle el mismo método de análisis, el análisis sociológico de la relación sujeto-sociedad, para develar y encontrar nuevos caminos interpretativos que nos lleven a pensar y hacer con mayor autonomía profesional.

## Contexto legal y texto profesional

Los profesionales, en tanto que sujetos sociales, no realizan sus prácticas en un vacío, sino en un determinado contexto al que llamaremos campo, en este caso, el campo de la salud. Siguiendo la perspectiva de Pierre Bourdieu, el campo es una configuración específica del espacio social, puede definirse como “una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) –cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo– y por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etcetera.)” (Bourdieu y Wacquant, 1995: 64). Desde esta perspectiva, los profesionales, como agentes sociales, estamos condicionados, es decir, habilitados y limitados, por las reglas que regulan la acción en el campo de la salud y que tienden a reproducir la estructura o red de relaciones existentes.

Las representaciones sociales son parte fundamental y estructurante de los campos sociales. Estas representaciones son construcciones simbólicas que operan como instrumentos de aprehensión de la realidad, siendo construcciones reductoras, de carácter simplificador. Según José Antonio Pasta, “... una vez que la representación es construida, a través de un proceso de selección y esquematización, puede decirse que compone un punto de vista. Esta abstracción es, entonces, tomada como la propia realidad social, a partir de un proceso de naturalización” (citado en “Apuntes de Antropología I”, de la carrera de Trabajo Social [UBA]) .

Es importante analizar la génesis y el carácter estructurante de las representaciones, y para comprenderlo introduciremos el concepto de habitus de Pierre Bourdieu, que da cuenta del conjunto de principios y

esquemas de percepción y acción duraderos y transferibles. Estructura organizada socialmente, constituida a partir de la posición de cada agente en el espacio social, o sea a partir de determinadas condiciones de vida. Esquemas que funcionan como estructuras estructurantes, es decir, como principios capaces de organizar las visiones y prácticas de los distintos agentes.

Las condiciones objetivas asociadas a una determinada clase o fracción limitan y posibilitan, al mismo tiempo, determinadas experiencias para los agentes; son las experiencias pasadas —y dentro de estas las primeras experiencias— las que se depositan en cada persona bajo la forma de principios o esquemas (*habitus*), a partir de los cuales se van a estructurar visiones y prácticas futuras coherentes con esas condiciones.

Estas condiciones objetivas, a partir de las cuales se generan los *habitus*, son las mismas para los agentes de una determinada clase o fracción, lo cual permite hablar de *habitus* de clase, pero también se puede hablar de *habitus* individuales como una variante particular de estos, en la medida en que los *habitus* no son expresiones mecánicas de las condiciones objetivas, sino producto de la relación dialéctica entre estas y las trayectorias individuales.

Si las representaciones o sistemas de clasificación del *habitus* son coherentes con las condiciones objetivas a partir de las cuales se engendran, entonces, son capaces de imponer la definición legítima de las divisiones del mundo social, en este sentido, son objeto de disputa. Según Bourdieu, en tanto categorías de percepción, corresponden y funcionan de acuerdo con el orden establecido (vale decir, en conformidad con los intereses de quien la domina), quien, a su vez, produce los esquemas de pensamiento como forma de incorporación de ese orden, con lo cual los límites y los criterios de clasificación son aprehendidos como una necesidad objetiva.

De este modo, el orden establecido y, digamos, la “visión” del orden establecido interactúan dialécticamente una sobre la otra, cada cual estructurando y siendo estructuradas. Esta dialéctica supone el carácter dual de la estructura<sup>1</sup>, es decir que da cuenta de cómo los agentes a través de la acción-interacción son una condición para que la estructura exista, se actualice (recreada); y, a la vez, es condición

---

1 Estructura pensada como el despliegue en el espacio y el tiempo de reglas tácitas e implícitas generalizables a muchas ocasiones; reglas como técnicas y procedimientos que constituyen y regularizan la acción articulando (habilitando y limitando) gran parte de la vida cotidiana. Estructura, también, como la organización de recursos utilizados y reproducidos por los agentes en el transcurso de la acción para ejercer poder, como posibilidad de transformación.

para la realización de la acción, la existencia de la estructura. En este sentido, la relación dialéctica entre visión y orden establecido no existe fuera de la acción-interacción de los sujetos, que en tanto tales son capaces de intervenir en el mundo transformándolo o conservándolo, para lo cual se valen de los recursos disponibles según su posición en espacio social.

El campo de la salud, en el que se juega el tema de la salud reproductiva, en general, y del aborto, en particular, es parte del espacio social en el cual se inscribe. Es fundamental caracterizar este espacio en su estructura y coyuntura, teniendo en cuenta la dinámica estructural que forja un tipo de sociedad y la diferencia de otras, y su expresión coyuntural, producto del resultado entre las fuerzas sociales en pugna por imponer sus intereses. En este caso, estamos frente a una sociedad cuyo modo de producción y reproducción dominante es el sistema capitalista. Este tipo de sociedades se caracteriza por la resolución constante de una contradicción intrínseca, es decir, la tensión entre la necesidad de acumulación, la necesidad estructural de la explotación y la necesidad de legitimación, el reconocimiento formal de la igualdad. Esto es, "... la ya clásica afirmación de Habermas a cerca de la contradicción de la que es presa el Estado, entre la acumulación y la legitimación"; y se expresa como tal "en la unidad de un modelo [que] es mucho más que un simple modelo económico: es, a la vez, una práctica política –en el sentido de construcción de un "orden"– y social –en el del reconocimiento y desconocimiento de sujetos y actores. [...] No hay, por lo tanto, acumulación sin legitimación" (Grassi, Hintze y Neufeld, 1994:pág.)

Este determinado orden económico, político, social y cultural – resultante de la resolución de la contradicción– se garantiza a través de mecanismos de control social. Entendemos a este concepto como "el conjunto de sistemas normativos (religión, ética, costumbres, usos, terapéutica y derecho)"; este último en todas sus ramas, en la medida en que ejercen un control reproductor, pero especialmente la penal, y tanto en sus contenidos como en sus no contenidos, "cuyos portadores, a través de procesos selectivos (estereotipia y criminalización), y mediante estrategias de socialización (primaria y secundaria o sustitutiva), establecen una red de contenciones que garantizan la fidelidad (y en su defecto, el sometimiento) de las masas, a los valores de un sistema de dominación; lo que, por razones inherentes a los potenciales tipos de conductas discordantes, se hace sobre destinatarios sociales diferencialmente controlados según su pertenencia de clase" (Aniyar

de Castro, s./f .).

Entonces, en cuanto al aborto, podríamos decir que:

- El control social crea la conducta desviada o “antinatural” al definirla en el Código Penal. El nivel macrosocial, legislativo, son las reglas formales que estructuran el campo de la salud.
- El control social produce a la mujer “desviada”, al señalar una mujer en vez de a otra que ha realizado una conducta similar, se activa diferencialmente por razones de clase. Es el nivel microsocia, a través de las reglas formales e informales que regulan las instituciones de salud e intervenciones profesionales.
- El control social se garantiza a través de la “producción del consenso, la coerción al consenso y la represión del disenso” (Pich, 1996: pág.)

Por un lado, la ley (nivel macrosocial), formalmente para todos iguales, plantea un sistema de penas y permisos con relación al aborto. A pesar del volumen de mujeres que realizan esta práctica, no hay prácticamente juicios debido a eso. Pero sí hay penas, no son las que resultan de un proceso judicial con las debidas garantías constitucionales, sino que son las penas que se ejercen sobre ciertas mujeres, que van desde la tortura física y simbólica hasta la muerte.

Por otro lado, el conjunto de las prestaciones en salud (nivel microsocia), sus fines, técnicas, ofertas, se ha estructurado en el contexto de una sociedad basada en la resolución de la tensión entre la necesidad de acumulación y el reconocimiento formal de la igualdad. Por lo tanto, en el abanico de prestaciones en salud socialmente producidas conviven lógicas contrapuestas, la salud como derecho y como mercancía. Simplificando el proceso histórico, esto dio lugar a la conformación de tres subsectores, el público estatal, el de obras sociales y el privado. Desde el punto de vista de la población, cada sujeto accede según su condición de clase, o fracción de clase, a un determinado subsector. De esta manera, la forma particular de organización del sistema de salud argentino hace que las mujeres accedan de forma desigual a las prestaciones socialmente producidas para la interrupción de un embarazo.

En el nivel microsocia sucede que se configura una situación escalofriante para las mujeres pobres, las acciones y omisiones del Estado en materia de política pública, encarnadas en los procederes y actitudes de los jefes del servicio de tocoginecología y demás profesionales de la salud, dan como resultado la configuración de una “ence-

riona trágica” para ellas. Según Ulloa, esta se refiere a la situación en la que “... alguien para dejar de sufrir o para cubrir sus necesidades elementales de alimento, salud, trabajo, etc., depende de alguien o algo que lo maltrata, sin que exista una terceridad que imponga la Ley. Desde el punto de vista del psicoanálisis predomina algo más terrible aún que la angustia: el dolor psíquico, aquel que no tiene salida. La salida parece identificarse con la muerte” (Ulloa, 2000: pág.)

La negativa de los profesionales a realizar los abortos legales en el sector público, el maltrato que reciben algunas mujeres cuando acuden a una institución de salud por un aborto en curso, incompleto, etc., la tortura física y psíquica a la que son sometidas en algunas guardias de los hospitales, todo esto provoca que las mujeres no encuentren salida frente a este problema, y recurran a alternativas riesgosas, aun sabiendo que se exponen a la muerte.

Las mujeres de los sectores que pueden pagar un aborto en el sector privado y los médicos que lo realizan no son alcanzados por la ley, es decir, por la pena que esta prevé. Las mujeres pobres que no acceden a estas prestaciones tampoco son alcanzadas por la ley, en el sentido estricto de la norma, ya que no son llevadas a un juicio en el cual se juzgue si el aborto es susceptible de sanción. Pero tampoco son alcanzadas por el derecho que la ley les otorga a una interrupción legal del embarazo en los casos previstos por el Código Penal. Se conforma así una realidad aparte del derecho.

Nos encontramos, entonces, frente a una configuración social perversa, un campo para la acción liberado de la ley, donde cobran fuerza otros poderes, que responden a intereses particulares y que no se ajustan al derecho necesario para la vida en sociedad y en democracia.

Este vacío de la ley permite o habilita varias situaciones funcionales entre sí:

- La práctica del aborto en mujeres de sectores medios y altos sin riesgos para su salud y su vida. Por lo tanto, no se generan reclamos sociales al estado de derecho que provengan de mujeres de estos sectores. La excepción son las minorías de mujeres solidarias y organizadas, pero que son alcanzadas por el control social en sus efectos de producción de consenso a través de la estigmatización.
- La acumulación del capital a través de un mercado rentable para los médicos que lo practican. A esto se suma la organización en asociaciones de defensa corporativas que les garantizan que la ley no los alcance.
- Que la práctica del aborto, cuando es realizada por mujeres po-

bres, sí tenga castigo. No el que proviene del estado de derecho, la pena prevista en el Código, sino aquel que resulta de la falta de Estado, el que se ejerce cuando las garantías están suspendidas. En la realidad, aparte del derecho, las mujeres pobres cuando abortan lo hacen con sufrimiento físico y subjetivo, son objeto de torturas físicas y psíquicas dentro del sistema de salud, y muchas son castigadas hasta con la muerte.

Como consecuencia de esta configuración social, las mujeres trabajadoras empobrecidas enferman y mueren por realizarse una práctica que, realizada de forma segura, sería menos riesgosa que un parto. La cantidad de muertes, internaciones y sufrimiento de mujeres de estos sectores no es vista socialmente como un problema, en el sentido de que no pone en cuestión al orden social. Es llamativo que el sistema de salud argentino no sea severamente cuestionado por la población en general y por los trabajadores de la salud, ante la evidencia de las estadísticas vitales de nuestro país. Argentina tiene una tasa altísima, no solo de muertes por aborto inseguro, sino también de muertes por causas obstétricas indirectas<sup>2</sup>, que son aquellas muertes que probablemente se podrían haber evitado si a las mujeres, que son tratadas en los servicios de alto riesgo, se les hubiera ofrecido el acceso a una interrupción legal del embarazo.

Como lo anticipamos, el modo de reproducción en el que vivimos no es únicamente un modo de producción de objetos materiales, sino también de producción de subjetividad. El modo de producción dominante requiere de sujetos dóciles, esto se garantiza a través de la producción de consenso, la coerción al consenso y la represión del disenso. La acción y omisión del Estado en este tema, el abuso de poder ejercido de hecho en las instituciones de salud pública y el negocio que representa el aborto en el sector privado tienen efectos de control social, es decir, tienden a reproducir las condiciones de desigualdad de clase y género que requiere el modo de producción capitalista.

Esta dinámica produce, por lo menos, dos tipos de sujetos dóciles. Uno, lo constituyen profesionales, algunos por beneficiarse económicamente y otros por las ventajas que supuestamente otorga no ir contra del modo de desatención instituido —producción y coerción al consenso—. El otro, lo forman las mujeres, a fuerza del castigo —represión del disenso— que se hace pesar sobre ellas cuando toman la decisión

<sup>2</sup> Las causas obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante este, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

de abortar.

El sometimiento que vive una mujer de los sectores pobres cuando se encuentra en una situación de aborto es masivo, dicha situación la implica corporal y subjetivamente. Los dispositivos de la culpa, producción de consenso, son fundamentales para someterla. Incorporados a través de los procesos de socialización primaria y secundaria, se activan en los discursos y prácticas profesionales que ponen a la mujer en el lugar de desviada, deudora y, como consecuencia, objeto del poder de otros.

El subsector de la salud pública es el escenario donde las mujeres pobres en situación de aborto se relacionan con el Estado. Estas mujeres se encuentran en un estado de necesidad que solo el profesional que las atiende puede satisfacer, evitándole el dolor físico o graves problemas a su salud. La negación de la práctica de una interrupción legal del embarazo, el mal manejo del dolor, las esperas prolongadas, la resistencia de los profesionales a aplicar técnicas menos invasivas y riesgosas, la dilación de la atención, junto con comentarios que mortifican a las mujeres son algunos ejemplos de una praxis de la mala voluntad que es tolerada, justificada y naturalizada por muchos profesionales de la salud.

## Otro texto profesional es posible

El contexto legal, las visiones y prácticas hegemónicas dentro del campo de la salud nos determinan y condicionan como profesionales. Pero, como sujetos, en cuanto que agentes sociales, no somos una mera repetición del contexto que nos contiene y condiciona. Debemos tener en cuenta que nuestras prácticas y visiones son siempre productivas, en el sentido de que no hay realidad sin los sujetos que la realizan. De este modo, también que nuestras prácticas, indefectiblemente, por acción u omisión, van a tender a conservar, resistir o transformar las condiciones, los sentidos, los esquemas de percepción, las prácticas y las relaciones de poder dentro del campo en que se realizan.

Una de las herramientas con la que contamos los profesionales que nos sentimos convocados a transformar el campo de la salud es la acción reflexiva. Esta permite encontrar dentro del mismo campo de intervención los principios rectores para producir visiones y prácticas contrahegemónicas, coherentes con nuestros propios intereses y los

de las mujeres. La acción reflexiva es un proceso de problematización y desnaturalización de las prácticas profesionales, para tomar decisiones respecto de qué se debe hacer, cómo y para qué. Es siempre colectiva, es decir que implica la disposición de dos o más integrantes del equipo de salud de tomarse el tiempo para reflexionar en un encuadre de trabajo que lo permita. Asimismo, es una reflexión que tiene sentido siempre y cuando se vuelque a la acción, al cambio de las prácticas en la salud, para que tiendan al cuidado y el respeto, en este caso, de las mujeres que se atienden.

Cabe preguntarnos, entonces, ¿Qué rol pueden asumir los profesionales de la salud para garantizar los derechos de las mujeres? ¿Es posible correrse de la función de control social, tutelar hacia las mujeres y escribir un nuevo texto en el mismo contexto?

Se pueden encontrar respuestas a estas preguntas a partir de algunas reflexiones:

- Asumirnos como parte de un cambio social que implica un cambio de paradigma en salud. Los procesos de democratización de la sociedad incluyen también los de las instituciones sociales. No sin conflictos, estas se dan en el último tiempo con un motor muy importante: la perspectiva del respeto y garantía de los derechos humanos de las personas. Las instituciones de salud no escapan al desembarco, en general de abajo hacia arriba, de personas que encarnan estas perspectivas e intentan llevarlas a la práctica, provocando microcrisis en el sistema de respuestas instituido, que pone en cuestión desde la misma construcción del objeto de intervención hasta las respuestas dadas hasta el momento. Las prácticas contrahegemónicas en el campo de la salud, tales como las consejerías pre y postaborto y la provisión de una interrupción legal del embarazo por causal salud integral, se originan en sujetos colectivos que portan una nueva visión del mundo y la hacen valer en el campo donde desarrollan su acción. Desde una mirada epistemológica, podemos decir que estas nuevas respuestas no provienen de cambios en el objeto de intervención, sino en el sujeto de conocimiento e intervención. Es decir, las mujeres abortan tanto e igual que antes, sus motivos no han cambiado de perfil, los riesgos de la salud física, mental y social son los mismos, solo que ahora los vemos. En otras palabras, estamos cambiando el lente con el que miramos, no lo que miramos. Lo que antes nos era invisible, se nos vuelve visible. Estos cambios dentro del sistema de salud se inscriben, también, en un contexto que ha contribuido a un proceso de visibilización

del aborto como un problema de salud pública y un derecho de las mujeres. Estas transformaciones son llevadas adelante por las mujeres organizadas en el movimiento feminista que luchan desde hace tiempo por la legalización del aborto, incidiendo en la formación de profesionales de la salud, dando respuestas ante la falta de presencia del Estado y traccionando al sistema de salud a tomar a cargo la asistencia de mujeres que necesitan abortar, la existencia de abogados que encarnan una corriente jurídica con perspectiva de derechos humanos y de género, que han volcado sus saberes al campo de la salud, etc.

- Volver siempre sobre los principios de la bioética que deberían regular nuestras prácticas en salud. En esta crisis de paradigma, con los profesionales de la salud como sujetos de intervención, con los cambios en las respuestas que se dan a las mujeres en situación de aborto, debemos buscar la continuidad y la coherencia de las acciones en los principios éticos que nos regulan. Es necesario tener en cuenta que los permisos otorgados por el Código Penal tienen que ser leídos desde los principios éticos que regulan nuestro quehacer profesional, y en ellos se encuentran los fundamentos para proveer abortos dentro del marco legal actual, que en definitiva son los fundamentos por los cuales el aborto debería ser un derecho a solo pedido de la mujer.
- Tener una visión histórico-social de la salud, en general, y del problema del aborto, en particular. Esto, teniendo en cuenta que la falta de demanda de las interrupciones legales del embarazo es consecuencia de barreras institucionales que hay que remover con estrategias de búsqueda activa de la población afectada por el aborto inseguro, y ejercitando el deber de los profesionales de la salud de asegurar la transparencia activa y el derecho al diagnóstico de las mujeres. Esto es, la obligación de suministrar toda la información disponible, incluso si no hay una solicitud explícita de una interrupción legal del embarazo. Hay que tener en cuenta la falta de información que, en la mayoría de los casos, tienen las mujeres sobre los permisos para un aborto legal. Por ello, es necesario realizar una búsqueda activa de las causales de no punibilidad. Esto se basa en el derecho de las mujeres a acceder a un diagnóstico oportuno. De ahí que es importante que los instrumentos para el diagnóstico de las causales estén actualizados conceptual y metodológicamente, y sean completos de acuerdo al estado del arte en el tema.
- Tener una visión epidemiológica de los problemas de salud en general y del aborto en particular. Esto significa, conocer la distri-

bución y los determinantes del problema del aborto inseguro para buscar soluciones sanitarias. Para constatar la existencia de riesgo de la salud de una mujer que decide abortar, es fundamental conocer las causas, frecuencia y gravedad en que se producen los daños de la salud de las mujeres que cursan un embarazo. Es importante conocer las estadísticas vitales del país y de la región donde desarrollamos nuestra profesión.<sup>3</sup> Por ende, es fundamental el conocimiento de las tasas de mortalidad materna, tanto por aborto como por causas obstétricas directas e indirectas. También es importante estimar la morbilidad materna severa, near miss<sup>4</sup>, por estas causas. Estas tasas constituyen los patrones de riesgo colectivo a partir de los cuales debemos escuchar a las mujeres que se encuentran cursando un embarazo no deseado.

## Implementación de la causal salud

Cuando nos planteamos que la salud tiene dimensiones bio-, psico- y sociales pueden surgir interrogantes como ¿a qué se refiere el concepto?, ¿qué marco teórico sirve para dar cuenta de este constructo?, ¿qué es lo social de la salud?, ¿dónde se ubica?, ¿qué es lo psico?, ¿qué tipo de relación debe establecerse entre lo social, lo psico y lo bio?

Para responder a estas preguntas es fundamental recuperar los aportes de las ciencias sociales al campo de la salud, las corrientes teóricas de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva. Y ponerlas a operar para esclarecer las relaciones fundamentales que determinan la salud-enfermedad de las personas, y para comprender la relación que se establece entre lo social, lo psíquico y lo físico-biológico de la salud.

---

3 El Ministerio de Salud de la Nación publica anualmente las Estadísticas Vitales (DEIS). Disponibles en: <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.PDF>

4 Se considera la morbilidad materna grave como término para describir la suma de casos de potencial amenaza vital, casos de amenaza vital, near miss, y muertes maternas. Sin embargo, dado que near miss no cuenta con una traducción directa del concepto al español, la recomendación del Centro Latinoamericano de Perinatología, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, es de reservar el término de "morbilidad materna grave" para los casos en los que una mujer casi muere, pero sobrevive por una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo, definición que corresponde al término near miss o amenaza vital materna de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014).

## Lo social

Lo social se comporta de forma diferente que lo bio y lo psico, en tanto componentes de la salud integral de una persona. Mientras que lo bio y lo psico son dimensiones de la salud que tienen su anclaje material en el cuerpo, lo social está conformado por el contexto en donde ese cuerpo nace, crece, desarrolla y muere. Lo social es el contexto, y el cuerpo es el texto en que el contexto se imprime. En ese texto se dirime la tensión entre salud-enfermedad. Siguiendo a Raúl Rojas Soriano, para entender la relación entre la salud y la enfermedad que se produce en los cuerpos, vamos a utilizar algunas leyes del materialismo dialéctico.

- Unidad y lucha de contrarios. Salud y enfermedad se diferencian entre sí por sus características sustanciales y, por eso, se excluyen mutuamente, es decir, son contrarios. Pero al ser elementos, polos, situaciones antagónicas del mismo proceso, del mismo cuerpo, están ligados entre sí, se hallan en unidad. Es una unidad relativa, ya que la unidad de los contrarios es siempre transitoria. Salud y enfermedad son dos polos del mismo proceso, se encuentran en relación dialéctica, no mecánica ni lineal, en unidad relativa y oposición permanente. El predominio de uno de los dos polos puede ser de diversa duración y de diferentes manifestaciones. El pasaje de la salud a la enfermedad no se da sin explicación ni de un momento a otro.
- Paso de cambios cuantitativos a cambios cualitativos. El primero, se daría cuando la salud cede lugar a la enfermedad o esta da lugar a la salud. Ahora bien, este pasaje, siempre relativo y transitorio, no deviene por la aparición de un solo o varios factores físicos, químicos, ni por la suma a estos de factores sociales, que en igual relación causan la enfermedad, su repetición o su gravedad. El pasaje de situación, el cambio cualitativo que implica estar sano o enfermo, se produce por un proceso de acumulación, conjunción de cambios cuantitativos negativos para la salud, que, en determinado momento, crean las condiciones para la aparición de la enfermedad, su repetición, su agravamiento o su no curación. Estos cambios cuantitativos son situaciones que por sí mismas no explican las causas del proceso salud-enfermedad-atención.
- Esencia y fenómeno. La esencia es el aspecto interno, no visible, más estable del objeto o proceso. En el caso del proceso salud-enfermedad, la esencia estaría dada por los elementos fundamentales

que operan para que se pase de la salud a la enfermedad. Estos elementos son las condiciones materiales de trabajo y de vida, las relaciones sociales en las que participa ese sujeto en determinada sociedad. En la sociedad capitalista, si bien pueden modificarse ciertos aspectos no esenciales para reproducir las relaciones sociales dominantes, subsiste lo básico. Lo que caracteriza a ese modo de producción son las relaciones de explotación que conllevan para los trabajadores situaciones nocivas para su salud. Los aspectos esenciales no se ven a simple vista, se develan mediante el proceso de reflexión teórica en la que se buscan las causas del fenómeno observado. El fenómeno es lo visible, es el aspecto externo de la situación de salud-enfermedad, es más variable. Son las manifestaciones en los cuerpos de las relaciones sociales en las que participa la persona. Estas relaciones dependen de las formas que asuma el modo de producción capitalista en diferentes coyunturas históricas, según la estrategia de acumulación, según la correlación de fuerzas y las mejores o peores condiciones de trabajo y de vida, fruto de la lucha de clase. En el fenómeno, el problema de salud observable se manifiesta la esencia, pero no en su totalidad. Cuando vemos una persona enferma, no vemos lo que hay detrás, las causas que originaran dicha situación. La acción reflexiva propuesta debería estar orientada a revelar la esencia, de lo contrario, la explicación que ubica las causas en el plano fenomenológico tiende siempre a la justificación o auto justificación de la realidad, del orden social vigente. Si presentamos como causas de los problemas de salud a factores biológicos o sociales que están en el mismo nivel fenomenológico, lo que hacemos es naturalizar y ocultar los determinantes sociales, las relaciones fundamentales que lo producen.

Entonces, que el proceso salud-enfermedad se dirima en los cuerpos, y que estos, en cuanto materialidad, sean soportes biológicos, no quiere decir que el carácter del proceso sea natural. Es decir, el modo en que se desarrolla ese devenir biológico, que es el cuerpo, no es natural. Por el contrario, el proceso salud-enfermedad es la "forma histórica específica del proceso biológico humano" (Laurell, 1986: pág.) Este se desarrolla en personas concretas, cuyo modo biológico se desenvuelve (crecen-envejecen, enferman-mueren) según cómo viven, es decir, según sus condiciones materiales de existencia.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, el objeto de intervención y conocimiento del presente ensayo –la mujer en situación de aborto– tiene una doble materialidad: biológica y social. La primera, es el

cuerpo de las mujeres, la segunda, son las condiciones materiales y simbólicas de existencia en donde nació, creció y padece.

Ahora bien, lo social es lo dado en la vida de una persona, es aquello que nos precede, que de alguna manera no elegimos como sujetos al venir al mundo. Esta determinación es a la vez material y simbólica. Las relaciones sociales fundamentales son diferentes en cada sociedad según sus características, es decir, según el modo de organización social para la producción y reproducción que da lugar a un modo de producción dominante. Como adelantamos, en el caso de nuestras sociedades, este modo de producción es el capitalista. Dicha forma de producción social se basa en la desigualdad estructural de clases, dueños de los medios de producción y sujetos no dueños que para vivir necesitan vender lo único que tienen, o sea, su fuerza de trabajo. Asimismo, esta forma de organización social requiere de la división social del trabajo por géneros y, en su necesidad de acumulación, que gran parte del trabajo necesario para la reproducción social no sea pago. A lo que debemos agregar que gran parte de este tipo de trabajo es realizado por mujeres.

En este sentido, hay cuatro grandes categorías sociales que son los determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad, estas son la clase social, el género, el proceso de trabajo y las condiciones para la reproducción de la vida cotidiana. La salud de las mujeres está determinada, entonces, por su pertenencia de clase social, por el proceso de trabajo<sup>5</sup> en el cual ellas u otros miembros del grupo doméstico participan, por la desigualdad de género y por las condiciones de reproducción de la vida cotidiana<sup>6</sup>. El componente atención del proceso salud-enfermedad también es un determinante, en tanto se refiere a la accesibilidad de las mujeres a los bienes y servicios socialmente producidos para curar, paliar, rehabilitar y prevenir un determinado problema de salud.

Como detallamos, la relación entre sujeto y sociedad es dialéctica y asimétrica en términos de poder, en la cual las prácticas de los sujetos están siempre condicionadas –en el sentido de habilitadas y limitadas– por su posición de clase y género, es decir, por el contexto de relaciones sociales en el que participa y que le brinda un abanico de opciones

---

5 Se refiere a los patrones de desgaste del cuerpo en el proceso de trabajo según determinada estrategia de acumulación. Tiene sus efectos no solo en el/la trabajador/a que vende su fuerza de trabajo, sino también en el grupo doméstico al que provee.

6 Se refiere a las condiciones sociales en que se realizan las tareas no remuneradas necesarias para la reproducción de la vida propia y la del grupo doméstico a cargo.

limitado para decidir.

Sintetizando, para la constatación del riesgo de la salud de la mujer a causa del embarazo debe considerarse la dimensión social como las condiciones materiales y simbólicas de existencia que conforman el contexto de producción de la decisión de abortar. Estas condiciones son objetivas y se relacionan con el sujeto, la mujer, en una relación de determinación. Hay que tener en cuenta que lo social se expresa en cada mujer singular en las relaciones cara a cara, en sus vínculos familiares, laborales, etc. Se deben observar las circunstancias particulares –físicas, emocionales, sociofamiliares– en que ese embarazo se produjo y las determinaciones que esas circunstancias le imponen a la mujer. Asimismo, hay que tener en cuenta las relaciones sociales fundamentales y determinantes para las mujeres que influyen en tomar la decisión de criar un hijo o no poder, no querer hacerlo en un determinado momento de su vida. Para incorporar la dimensión social a la evaluación de riesgo de la salud de la mujer se deben operacionalizar los determinantes sociales en dimensiones e indicadores para que estos puedan ser observables.<sup>7</sup>

## Lo psíquico

Esta es una dimensión fundamental para el encuadramiento de la causal salud. Requiere que se constate la existencia, o no, de sufrimiento psíquico en la mujer a causa de un embarazo que se produce en determinadas condiciones físicas y subjetivas (cuerpo-texto) y socio-familiares (contexto).

Con respecto al concepto de sufrimiento psíquico, coincidimos con varios autores que señalan que este se diferencia de la patología mental en que se refiere a un malestar producido en el sujeto a causa de los conflictos que devienen de la vida cotidiana y las interrelaciones sociales, registrado tanto en forma consciente como inconsciente (Ulloa, 2000; Galende, 1997).

En las mujeres que necesitan interrumpir el embarazo, el sufrimiento psíquico aparece también por el conflicto entre la necesidad de abortar y las condiciones socialmente determinadas, de riesgo, en que tienen que hacerlo, que conlleva la posibilidad real del sufrimiento y la muerte.

---

7 Ver "Instrumento para la evaluación de riesgo para la mujer a causa del embarazo"; pág. 31, y su apartado "Determinantes sociales que sumados al embarazo ponen en riesgo la salud de la mujer"; pág. 32.

Cuando hay sufrimiento psíquico, hay riesgo de la salud y de la vida. Las mujeres que mueren por abortos inseguros<sup>8</sup> son la expresión extrema de una cantidad mucho mayor de mujeres que se exponen a prácticas peligrosas para terminar con aquello que no pueden tolerar, es decir, un embarazo que se produce en ciertas condiciones físicas o sociofamiliares.

Una mujer que presenta sufrimiento psíquico está expuesta al riesgo de realizar actos autoagresivos. Este concepto se refiere a la acción de la mujer de exponerse a un aborto inseguro que pone en riesgo su salud y su vida. A partir de este riesgo, dado por el patrón colectivo que representa la alta tasa de mortalidad por aborto en la Argentina, se evalúa que toda mujer que presente sufrimiento psíquico, a causa del embarazo que necesita interrumpir, está incluida en este grupo de riesgo.

Es importante no patologizar las decisiones reproductivas de las mujeres. El sufrimiento psíquico que presenta una mujer frente a un embarazo forzado, y ante la perspectiva de no encontrar respuestas sanitarias, es la expresión saludable de una mujer que se encuentra en sus cabales. Si la mujer encuentra una respuesta, el acceso a un aborto seguro, el sufrimiento psíquico cesa. Si no encuentra alternativas, el sufrimiento psíquico persiste y aumenta, se vuelve una carga imposible de soportar, y, a pesar de saber que pone en juego su vida, la mujer puede terminar por resolver el problema en un acto que pone en peligro su vida.

Ante una mujer que plantea la posibilidad de abortar, es importante evaluar la existencia de sufrimiento psíquico a causa del embarazo. En esta dimensión, resulta indispensable contar con un instrumento de evaluación que permita el diagnóstico preciso, para no caer en calificaciones discrecionales que dependan del modo en que se presenta la mujer a la consulta<sup>9</sup>. Luego de constatar el estado psicoemocional de la mujer, se deben volcar los resultados en el “instrumento para la evaluación de riesgo para la mujer a causa del embarazo”; en el área “Riesgos para la salud mental de la mujer a consecuencia del embarazo” (pág. 31).

## Lo físico

Esta dimensión se refiere ni más ni menos que al cuerpo de la

8 Ver Ministerio de Salud de la Nación, 2014.

9 Ver “Evaluación del estado psicoemocional”; pág. 30.

mujer, de la mujer misma en su existencia material, en su totalidad e integridad. Todo embarazo conlleva algún grado de riesgo de la salud física de la mujer. En este aspecto, lo esencial es escuchar a la mujer respecto de eventos que afectaron o podrían afectar su cuerpo, darle información veraz y respetar su decisión en cuanto a los riesgos que está dispuesta o no a asumir.

En esta dimensión también es importante ampliar la mirada sobre los riesgos de la salud física que existen ante un embarazo, y entender que es la mujer la que tiene la autoridad sobre su propio cuerpo y salud.

## La relación bio-psico-social

Ya planteamos el marco teórico para establecer la relación entre estos tres componentes y su mutua determinación. Pero es la mujer, desde sus razones y motivos, la que puede determinar qué dimensiones de su contexto sociofamiliar y sus condiciones físicas son determinantes para tomar la decisión de abortar en ese momento de su vida. Ella es quien tiene que valorar, con información veraz, los riesgos de su cuerpo y si está en condiciones de afrontarlos o no en su determinada coyuntura sociofamiliar. Desde el rol profesional, nos queda identificar si esos motivos y razones coinciden con indicadores de riesgo de la salud.

A los profesionales nos corresponde atender a estas razones, establecer las relaciones causales pertinentes para constatar el riesgo sobre la salud de la mujer a causa del embarazo, y si ese riesgo puede o no ser evitado por algún medio que no sea el aborto. Por esto, es muy importante escuchar a cada mujer, sus razones y motivos para querer abortar. En este relato se encuentra todo el material necesario para identificar los determinantes del contexto sociofamiliar, detectar los posibles riesgos de su salud física y la existencia de sufrimiento psíquico.

La escucha de cada situación se puede realizar en una entrevista abierta o semiestructurada. En este último caso, es útil valerse de instrumentos de la entrevista con dimensiones e indicadores preestablecidos para el diagnóstico de la situación. En este ensayo se presenta un modelo de instrumento de entrevista que puede ser adjuntado en la historia clínica<sup>10</sup>.

10 Ver "Instrumento para la evaluación de riesgo para la mujer a causa del embarazo", pág. 31, y "Componentes necesarios para el encuadre por causal salud";

El primer paso en la entrevista es despejar la decisión de la mujer. Los abortos punibles serían los que se realizan sin el consentimiento de la mujer o cuando presta consentimiento bajo amenaza o coacción. Este es un punto fundamental, porque ubica el primer objetivo del rol profesional frente a una mujer que se acerca a la consulta con un embarazo no buscado, es decir, atender la decisión de la mujer, sin importar la edad que tenga.

El rol del profesional de la salud consiste en ofrecer el apoyo necesario para que la mujer tome su decisión en forma libre. Si esta se acerca al servicio de salud con la decisión tomada, solo queda respetarla. Si se muestra indecisa respecto a qué decisión tomar, es importante acompañarla, ofreciéndole un espacio de escucha e información veraz en el que ella pueda valorar sus opciones, despejar sus deseos de los ajenos y tomar su propia decisión. También es importante que los profesionales de la salud estén atentos para detectar casos en que la mujer reciba presiones –que en general provienen de sus otros significativos, como pareja, madre, etc.– sobre qué decisión tomar. En estos casos el rol profesional debe estar orientado a intervenir para remover estas presiones o, aun con ellas, que la mujer pueda decidir lo más autónomamente posible.

En relación con los medios para evitar los riesgos de la salud a causa del embarazo, es fundamental identificar qué tipo de problema presenta la mujer. Es decir, cuál es el problema-motivo de consulta y, a partir de esto, intervenir brindando información para que la mujer encuentre una solución viable. Así como la valoración del riesgo de la salud la realiza la propia mujer, también la valoración de los medios, para evitar esos riesgos, es autoridad de ella. Es la mujer la que determina el medio pertinente, posible y viable en su situación.

Si la mujer considera que el aborto es el medio que le permite evitar los riesgos de su salud, causados por estar embarazada en determinadas circunstancias físicas y socioemocionales, entonces no hay ningún motivo para pensar que habría otro medio que solucione ese problema. Si por alguna razón el profesional que la atiende considera que hay otros medios para evitar los riesgos de la salud integral que conlleva ese embarazo, debe tener en cuenta que, para que esa opción sea considerada genuina, no tiene que obstaculizar la opción del aborto seguro. Si se le ofrece otro medio al del aborto, esta opción no puede ser presentada como la única posible o de mayor acceso que el aborto, porque de esa manera estamos dañando la autonomía de la mujer. Un medio, para que sea una opción genuina, tiene que estar acompañado de otra opción viable; si no deja de ser opción, es coerción.

Por otro lado, un “medio” para solucionar un problema concreto no puede ser evaluado y considerado en abstracto. Para que un medio sea una solución a la salud de una mujer, este tiene que ser aceptable, accesible y viable para ella. Para que sea aceptable, tiene que ser el medio elegido, tiene que existir el deseo de la mujer de continuar con el embarazo; para que sea accesible debe ser un medio a disposición real de la mujer según su cobertura de salud; para que sea viable tiene que ser un medio posible de llevar adelante sin afectar a la mujer y su familia en la reproducción de su vida cotidiana.

## Reflexiones finales

En este ensayo plasmamos algunos aportes teórico-metodológicos que en la práctica profesional cotidiana nos sirven para dar más y mejores respuestas al cuidado de la salud de las mujeres en situación de aborto dentro del sistema de salud.

Esperamos que el rodeo teórico nos ayude a entender la dimensión política de nuestro quehacer profesional, y esto nos haga más conscientes de nuestro rol social para orientarlo hacia objetivos estratégicos que tiendan a la construcción de una realidad más justa y liberadora.

Queda ahora en cada uno insistir en la acción reflexiva, para desarrollar en cada lugar de trabajo una mirada amplia y crítica de nuestras respuestas sanitarias. La perseverancia en ella es lo que nos permitirá crear mejores condiciones de igualdad y ampliación de los derechos para las mujeres.

## Bibliografía

- Aniyar de Castro, L. (s./f.). "Notas para un control social alternativo". Mimeo.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). Respuestas para una antropología reflexiva. México: Grijalbo.
- Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- E, E., Hintze, S. y Neufeld, M. (1994). Políticas sociales, crisis y ajuste estructural. Buenos Aires: Espacio.
- Laurell, A. C. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina", en Cuadernos Médico Sociales, N° 37. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). Estadísticas Vitales 2013. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.PDF> (acceso, diciembre de 2014).
- Pich, T. (1996). "Qué es el control social", en Revista de Ciencias Sociales; Delito y Sociedad, N° 6. Buenos Aires.
- Rojas Soriano, R. (2006). "Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad", en Capitalismo y enfermedad. México: Plaza y Valdés.
- Ulloa, F. (2000). "Sociedad y crueldad (notas preliminares)". Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo.
- WHO (World Health Organization) (2014). Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. 2011. World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/> (acceso, marzo de 2014).

# EVALUACIÓN DEL ESTADO PSICOEMOCIONAL

## ÁREA AFECTIVA

- Sin alteración
- Tranquila
- Angustiaada
- Triste
- Confundida
- Desorientada
- Ansiosa
- Agotada/Cansada
- Con miedos
- Hostil
- Desesperada
- Aplanada afectivamente
- Desesperanzada
- Impotente / Desbordada
- Sentimiento de inutilidad
- Otros .....
- .....
- .....

## ÁREA RELACIONAL

- Sin alteración
- Agresiva
- Irritable
- Aislada
- Inhibida
- Paralizada
- Sentimiento de soledad
- Dificultades para realizar actividades cotidianas
- Otros .....
- .....
- .....

## ÁREA COGNITIVA

- Sin alteración
- Dispersa
- Pensamientos negativos frecuentes
- Autorreproches / Culpa
- Dificultad para resolver problemas
- Dificultad para tomar decisiones
- Dificultades para concentrarse
- Ideas de persecución / Alucinaciones
- Ideas de autoagresión
- Ideas de muerte
- Otros .....
- .....
- .....

## ÁREA SOMÁTICA

- Sin alteración
- Dolor / Malestares físicos
- Autolesiones/ autoagresiones
- Alteración del sueño
- Alteración del apetito
- Abuso de sustancias
- Debilidad /desgano / fatiga
- Mareos
- Hiperactividad
- Ahogo / Falta de aire
- Palpitaciones
- Otros .....
- .....
- .....

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

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

### PERMISOS OTORGADOS

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

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

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

- Tiene efectos físicos sobre la salud de la mujer un diagnóstico de malformación fetal.

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

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

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

### Situación laboral

- Imposibilidad de continuar el vínculo laboral actual a causa del embarazo
- Desempleo: el embarazo no le permitiría encontrar un empleo.
- Empleo informal, imposibilidad de tomarse licencias necesarias para el cuidado de su salud y la de un futuro bebé.

- Dependencia económica. Depende de otras personas para su subsistencia, y éstas no están en condiciones de apoyar económicamente el embarazo y un futuro hijo.
- Ingreso nulo, bajo o insuficiente como para mantener económicamente un nuevo integrante en el grupo familiar.

### Educación

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

### Situación de vivienda

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

### Condiciones familiares para la crianza de un hijo

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

## Violencia de género

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

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

## Componentes necesarios para el encuadre por causal salud

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

Para la evaluación del estado psicoemocional de la mujer, es importante hacer la pregunta correcta. Es decir, ubicar el punto de conflicto que presenta cada mujer entre estar embarazada y no querer o no poder estarlo. La pregunta en general es "¿cómo te impactó emocionalmente la noticia del embarazo?", pero si es una mujer cuya razón para abortar se relaciona con una circunstancia posterior a enterarse del embarazo (por ejemplo, el diagnóstico de una patología que pone

en riesgo su salud, haber perdido a su pareja, etc.), entonces la pregunta debe ser reformulada, poniendo en relación el embarazo con la circunstancia que entra en conflicto con este. Por ejemplo, “¿cómo te afectó emocionalmente recibir el diagnóstico xx?” o “¿cómo te afecta emocionalmente estar embarazada en estas circunstancias xxx que me describís?”. Los resultados de la evaluación psicoemocional se utilizan como insumo para la evaluación del riesgo de la salud mental de la mujer a causa del embarazo descrito en el instrumento de evaluación (pág. 31).

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

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

## Ejemplo de texto para la historia clínica

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

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

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

Este embarazo, en las condiciones sociofamiliares que atraviesa

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

Además, (nombre de la mujer) no está dispuesta a correr los riesgos de salud física que implica este embarazo.

Por tales motivos, se da lugar a la solicitud de (nombre de la mujer) de acceder a una interrupción legal del embarazo, según los permisos otorgados en el artículo 86 del Código Penal. Se presta atención sanitaria según lo establecido en el "Protocolo para la atención integral a personas con derecho a la interrupción del embarazo" del Ministerio de Salud de la Nación.

# Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo

*Ensayistas*

---

## Lic. Sandra Bernabó

Psicóloga (UBA). Integrante del Departamento Área Programática del Hospital Tornú. Integra la Comisión de Interrupción del embarazo de la Asociación de Psicólogos del GCBA. Cursó la Maestría en “Epidemiología, gestión y políticas públicas en salud”, en la UNLA. Miembro del equipo de investigación “Estudio de patologías psicosociales” Facultad de Psicología UBA



## Lic. Andrea Berra

Es Licenciada en Psicología y Diplomada en Género y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Docente de grado y de posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integrante de equipos de investigación en el área de género, salud y aborto. Es evaluadora externa de Salud Investiga. Coordinadora del Área de Salud Mental de FUSA AC. Integrante de la Comisión de Interrupción Legal del Embarazo en la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.



## Lic. Mariana Kielmanovich

Psicóloga (UBA). Diploma Superior en Ciencias Sociales con mención en Género y Políticas Públicas (PRIGE-PP-FLACSO). Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud sede Hospital Tornú. Ha sido becaria del Min. de Salud del GCBA y formó parte del plantel docente del Postítulo de Educación Sexual Integral del Min. de Educación del GCBA. Actualmente forma parte del equipo del Departamento Área Programática del Hospital Tornú y colabora en diferentes espacios de capacitación y de investigación sobre derechos sexuales y reproductivos. Integra la Comisión de Interrupción del embarazo de la Asociación de Psicólogos del GCBA.



*“Donde hay poder hay resistencia al poder”.*  
Michel Foucault

## Introducción

El presente ensayo está escrito por tres psicólogas que trabajamos en el sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El interés por este trabajo surge de las dificultades que observamos, a través del contacto directo en nuestras prácticas, de mujeres en situación de embarazo no deseado o no planificado para poder acceder a su interrupción, en los casos que están previstos por el marco normativo en la Argentina. Creemos que parte de estos obstáculos reside en las dificultades de los profesionales de salud de no posicionarse desde una concepción de salud integral y desde una perspectiva de derechos, contribuyendo a esta situación la escasa producción de estudios y teoría sobre el tema de la interrupción del embarazo desde una concepción de causal de salud integral.

Ante esto nos proponemos, desde este ensayo, reflexionar acerca de la causal salud en la consulta por interrupción de embarazo, analizar la hegemonía del modelo de entendimiento biomédico de la salud y su obstaculización para la construcción de una concepción integral de esta, contribuir a su superación al rescatar el aporte de distintas disciplinas y retomar la palabra de las usuarias que demandan su derecho al aborto ante un embarazo no deseado, y, finalmente, intentar instalar una mirada integral de la causal salud como justificación de la interrupción legal del embarazo (ILE).

Asimismo, nos moviliza el interés social de ampliar el acceso de las mujeres al derecho de la interrupción legal del embarazo, mediante el involucramiento en esta temática de los profesionales de salud de los distintos efectores del sistema público. Es oportuno comentar que ante esta inquietud, nos propusimos difundir esta problemática del acceso a la interrupción legal del embarazo en la Asociación de Psicólogos de la Ciudad de Buenos Aires, entidad gremial en la cual participamos, porque observamos la falta de participación e implicación de los colegas psicólogos en esta cuestión. Asimismo, sostenemos que es pertinente que los psicólogos, que nos desempeñamos en el sistema público de salud, conozcamos y nos formemos en temáticas de derechos, leyes, equidad, entre otras, pues es parte de nuestro aporte como profesionales activos en la promoción de los derechos

humanos de toda la población, en particular, en este caso, de los derechos sexuales y reproductivos. A la vez, creemos que abordar el tema de la interrupción del embarazo es tratar un tema prioritario en la salud pública, por la alta incidencia de los abortos inseguros en la tasa de mortalidad materna; por lo tanto, consideramos que el abordaje de la interrupción legal del embarazo es un tema de salud y no solo un tema de derechos.

En principio, comenzaremos con una breve mención del marco legal en el que se enmarca la ILE, dando cuenta de la importancia de concebirla como una consulta de salud y como una práctica inherente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

## De dónde partimos

Cuando miramos el problema del aborto o interrupción del embarazo desde la posición de los equipos de salud, es importante diferenciar la existencia de diversos factores que se entrecruzan en el abordaje de esta temática.

Por un lado, pensamos que la interrupción legal del embarazo debe ser considerada como una consulta de salud, pero, a la vez, sostenemos que es un fenómeno de importancia social, que afecta la vida emocional, mental y social de las personas que toman dicha decisión, y también es una cuestión que involucra aspectos legales y derechos, como es el acceso o dificultades de acceso a los derechos sexuales y reproductivos o no reproductivos, interpelando el poder de los profesionales de salud como “guardianes” de este derecho o como garantes del acceso de las mujeres al aborto no punible.

Partimos de la premisa de que la interrupción legal del embarazo debe ser considerada un derecho de toda mujer, adolescente o niña, y debe formar parte de la atención integral de la salud de todas las mujeres. El ejercicio de este derecho supone los derechos humanos a la igualdad, la autodeterminación, la privacidad, el principio de legalidad y la no discriminación.

Asimismo, pensamos al derecho al aborto o interrupción del embarazo como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, con la salvedad de que el aborto no es una cuestión solo de salud reproductiva o no reproductiva, sino que alude a la autonomía de las mujeres para disponer libremente de sus cuerpos, cuestionando desde una perspectiva de género las representaciones sociales de las sexualidades en torno a la función reproductiva y al modelo de familia

patriarcal y tradicional.

Nos interesa rescatar la idea de derecho no reproductivo, al acercarnos al concepto que sostienen algunos grupos de feministas de comprender al aborto como parte de los derechos no reproductivos, ya que dicha problemática puede abordarse como una "bisagra" entre los derechos sexuales y los reproductivos, lo que implica escindir la sexualidad de la reproducción tradicionalmente ligada, y entender el derecho de las mujeres a disponer autónomamente y libremente de sus cuerpos, como un asunto político (Milisenda, en Vasallo 2013).

Consideramos el aborto como un problema de salud pública al retomar lo explicitado en la "IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)"; pues, al mismo tiempo que se ratifica la validez de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos humanos, se destaca que el aborto es un problema de salud pública que debe incluir servicios y políticas para su abordaje. En este sentido, diversos autores coinciden en que "el aborto cumple con todos los parámetros de un problema de salud pública por su magnitud, por la carga de la enfermedad, discapacidad y muerte para las mujeres, por el costo que el sector salud debe solventar para la atención de los mismos, y por las consecuencias de la falta de acceso a servicios de promoción de salud sexual y reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos, información y demás recursos" (Galindo, 2007).

Desde los aspectos legales, un aborto puede ser considerado como un derecho de toda mujer o como un acto a penalizar y/o criminalizar. Los modelos de regulación del aborto se pueden clasificar en tres tipos: el modelo de plazos, que se refiere a aquella regulación que permite los abortos legales practicados hasta un determinado tiempo de la gestación, en general se han estipulado los abortos realizados hasta la semana 12 o 14 del embarazo; el modelo de indicaciones o permisos, que se refiere a aquella legislación que por norma general prohíbe el aborto, aunque lo permite en circunstancias conocidas como causales o excepciones, y, por último, el modelo de penalización total, que contempla aquella regulación que prohíbe el aborto en todos los casos sin ninguna posibilidad de excepción. También podemos mencionar la existencia de modelos mixtos, donde se implementa el modelo de plazos hasta determinada semana de gestación, y, después, se permiten los abortos legales según el modelo de permisos.

La normativa que regula el aborto en la Argentina es un modelo restrictivo de permisos, en el que a partir de ciertas causales el aborto está permitido. El Código Penal de la Nación (1921) regula las interrupciones del embarazo entre los artículos 85, 86, 87 y 88, y, si bien

establece una regla general de penalización para el aborto, al mismo tiempo contempla ciertos supuestos a través de los cuales le otorga, en esas situaciones, un estatus de legalidad. Estas causales de no punibilidad se encuentran explicitadas en el artículo 86, en el que se expresan las circunstancias en las que el aborto es legal o no punible. La escritura del Código Penal es del año 1921, por lo que ya hace casi cien años que en nuestro país el acceso al aborto por causales es legal.

La existencia de innumerables casos, año tras año, muestra que muchas mujeres, que tendrían el derecho de acceder a la interrupción legal del embarazo, se encuentran con múltiples barreras que obstaculizan la garantía de ese derecho y contribuyen al incremento de los abortos clandestinos. Por lo tanto, estos abortos inseguros son los que conforman ese crisol del problema del aborto como un problema de la salud pública. La mortalidad de las mujeres relacionada con el aborto aumenta en países donde existe un contexto de restricción normativo. En contraste, en un país donde el aborto es legal, y los servicios de salud son adecuados, ninguna mujer que decida abortar tendría por qué poner en riesgo su salud y su vida (Sundström, 1996, en Faúndes, 2011).

Las circunstancias que establecen la no punibilidad del aborto en la Argentina son:

“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

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

2- Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto” (Código Penal de la Nación, 1921).

Por lo tanto, podemos sostener que el aborto en la Argentina está justificado en las siguientes tres causales (REDAAS, 2015):

1- Causal vida: cuando está en peligro la vida de la persona que solicita la interrupción del embarazo.

2- Causal salud: cuando está en peligro la salud de la persona que solicita la interrupción del embarazo.

3- Causal violación: cuando el embarazo es producto de una violación.

En este sentido, toda mujer, niña, adolescente o persona con capacidad de gestar (MSAL, 2015) tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo cuando este presenta un peligro para la vida o salud

de la mujer, y este peligro no puede ser evitado por otros medios, o cuando el embarazo proviene de una violación.

Con respecto a las normativas del aborto en la Argentina, entre los años que transcurrieron desde la creación del Código Penal, desde el año 1921 hasta el 2012, no se promovieron normas ni se registraron fallos o resoluciones. Recién el 13 de marzo de 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación dicta un fallo ejemplar en lo que hace a la regulación del aborto no punible, conocido como el fallo "F., A. L. s/medida autosatisfactiva". Este fallo es un hito en la Argentina en lo referido al acceso al derecho a la interrupción legal del embarazo por causal de violación, pues surge como una forma de remover obstáculos y barreras de accesibilidad a los servicios de salud, al establecer que el aborto es legal cuando el embarazo proviene de una relación sexual no consentida y afirma que solo es necesario el consentimiento de la mujer y su declaración jurada frente a esta causal de violación.

Finalmente, la Corte Suprema de Justicia de la Nación no solo ratifica con este fallo la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal y su compatibilidad con las normas que consagran el derecho a la vida, sino que también establece lineamientos precisos a fin de que se garantice el acceso a la práctica. Además, exhorta a las autoridades públicas a implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para la atención de los abortos no punibles y para la asistencia integral de las víctimas de violencia sexual. Por último, impulsa al Poder Judicial a abstenerse de judicializar el acceso a la interrupción legal del embarazo (Asociación por los Derechos Civiles, 2014).

Es importante aclarar que si bien el fallo "F., A. L." no crea el derecho, pues, el derecho al aborto por las tres causales de vida, salud y violación existe desde 1921. Lo que hace este fallo es generar un contexto legal y social que garantice el acceso de todas las mujeres a la interrupción legal del embarazo por causal violación y le da la responsabilidad y obligatoriedad al equipo de salud, como un actor principal, en la garantía del cumplimiento de ese derecho. Este fallo ejemplar esclarece que es legal la interrupción del embarazo para toda mujer que haya sufrido una situación de violencia sexual, no dependiendo de que la mujer tenga una discapacidad intelectual o algún trastorno mental grave.

El fallo "F., A. L." es una medida sumamente importante en toda la Argentina para revocar los obstáculos en el acceso de las mujeres al derecho a la ILE, pero dicho fallo se limita a abordar los casos de interrupción de embarazo referidos solo a la causal violación.

Con respecto a la causal salud, nos encontramos con un panorama

menos claro y más complejo, pues más allá de lo establecido en el Código Penal, no contamos con ningún fallo, resolución o norma que se expida sobre el acceso al derecho a la ILE desde una perspectiva de salud integral, supeditando la idea de salud y su causal al criterio de los profesionales médicos, y a la lectura que ellos hagan del Código Penal de la Nación, pudiendo tener una mirada amplia e integral de la causal salud al considerar el concepto de salud integral física, mental y social o, en su defecto, una mirada restringida y limitante de dicha causal, al reducir el abordaje a la consideración de que la causal salud podría aludir, únicamente, un peligro para la vida o un daño grave para la salud física de la mujer.

El “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2015) aclara que el peligro para la salud no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia, por lo tanto, en esta guía se esclarece que la idea que debe guiar las prácticas de los equipos de salud ante la ILE es la de posible afectación y no de peligro o daño para garantizar el derecho a la ILE desde la causal salud.

De esta forma, en lo referente a la causal salud, creemos que la formación y capacitación que reciban los profesionales de salud, en su carrera de grado, en las residencias y concurrencias, como así también en los estudios de posgrado, es relevante, para que construyan un concepto de salud sobre el bienestar de una persona y desarrollen una mirada de salud integral, primordial para ampliar el acceso de las mujeres al derecho a la interrupción legal del embarazo.

## Adentrándonos en la causal salud. Tensiones y desafíos

Para referirnos a la causal salud es necesario primero que revise-mos cómo es entendido en general el concepto de salud. Desde el aspecto legal del derecho en la Argentina, contamos con un amplio marco jurídico que suscribe a una concepción de salud integral que garantiza el acceso a la salud de las personas en estos términos.

A nivel nacional, podemos citar la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que plantea en su artículo 14 el derecho de estos a la “atención integral de su salud”; también se encuentra la Ley 26743 de Identidad de Género, que reconoce el derecho al goce de la salud integral de las personas (artículo

11), entre otras. Además, cabe mencionar los numerosos tratados internacionales, con jerarquía constitucional, que van en este sentido, como por ejemplo el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Civiles y Políticos, por el cual los Estados parte reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; o la Convención sobre los Derechos del Niño, que, en su artículo 17, busca promover su “salud física y mental”.

En lo que respecta a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tanto su Constitución como su Ley Básica de Salud plantean claramente que debe garantizarse el derecho a la salud integral.

No obstante, aun con la existencia de este corpus normativo, lo cierto es que, en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, el abordaje de la salud en términos integrales no suele verse reflejado en las prácticas concretas de los equipos de profesionales, afectando la garantía del derecho a la atención de la salud de las personas desde una perspectiva integral, como lo plantea la OPS/OMS (2007) en el documento sobre la renovación de la Atención Primaria de la Salud, al sostener que “la salud es un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de los problemas de salud que afectan a la gente pobre y marginada” (OPS/OMS, 2007). De esta forma, cualquier enfoque que quiera abordar la salud de la población debería considerar las complejas relaciones que existen entre los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud y su distribución en la sociedad, y no solo tender a considerar los determinantes biológicos o físicos de las personas.

En el caso del acceso a la interrupción legal del embarazo por causal salud, esta tendencia reduccionista se vuelve prácticamente la regla de los equipos de salud, garantizando el derecho a la ILE, en el mejor de los panoramas, solo cuando se encuentra en riesgo la salud física de las mujeres, por ejemplo: alguna enfermedad física que posee la persona y que el embarazo podría agravarla. Sin embargo, el acceso a este derecho se obstaculiza cuando la mujer solicita la interrupción de un embarazo no planificado o no deseado, donde lo que está en riesgo es el campo de lo psicosocial y no una patología física.

Nos preguntamos, ¿Por qué ocurre esto? ¿Puede acaso atribuirse únicamente esta interpretación restrictiva de salud al modelo biomédico imperante? ¿Qué otros factores operan?

Para comprender este escenario, que se presenta complejo y

multifacético, es necesario reconocer una premisa básica, que excede ampliamente las vicisitudes propias del sistema de salud, pero que no por esto debe dejar de ser considerada, pronunciarse a favor de la salud integral en materia de interrupción legal del embarazo equivale prácticamente a universalizar el acceso a este derecho, es decir, despenalizar totalmente el aborto, y ello conlleva resistencias morales, religiosas, políticas, todas ellas subsidiarias de una lógica patriarcal que se materializa y reproduce en y por diversas instituciones, entre las que se encuentra la biomedicina.

En efecto, sabemos que el modelo dominante en el área de salud es el paradigma biomédico o también modelo médico hegemónico, de acuerdo a los aportes del antropólogo E. Menéndez (1985). Dicho modelo otorga preponderancia a la dimensión biológica y, desde una lógica empirista y positivista, circunscribe la definición de salud-enfermedad a lo pasible de ser asido, medido, observado. Por lo tanto, la enfermedad es lo que se manifiesta, y la salud es la ausencia de enfermedad.

Sin embargo, es importante destacar, para evitar caer en posturas ingenuas, que el escollo que plantea la biomedicina, con relación a la temática de interrupción legal del embarazo, es más complejo de lo que aparenta. No se trata solo de cómo se conceptualiza a la salud, sino sobre todo de entender cómo a partir de dicha conceptualización la institución de la biomedicina logra erigirse como un instrumento de control social al servicio del patriarcado, regulando los cuerpos de las mujeres a favor del imperativo de la maternidad. En palabras de Michel Foucault (1977): "el control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica".

Afortunadamente, el modelo biomédico, que hoy por hoy detenta una cierta hegemonía en la formación médica y de las demás profesiones de la salud, está siendo cuestionado y problematizado por corrientes que abogan por una definición de salud integral y por un enfoque de derechos para abordar los actuales problemas de salud.

## Hacia una definición de causal salud como “integralidad”

La salud, entendida en términos integrales, es definida en el año 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este Organismo y los países adherentes, entre los que se encuentra la Argentina, suscriben a una idea de salud asociada al “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”. Aun, presentando ciertas limitaciones, esta definición logra superar el biologicismo del modelo médico hegemónico, ya que también considera la dimensión mental y social.

En lo que respecta a la dimensión mental, es importante aclarar que en el país contamos con la Ley Nacional de Salud Mental 26657 que entiende a esta “como 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 todas las personas”.

En cuanto a la dimensión social de la salud, resulta útil referirnos a los determinantes sociales de la salud a los que la OMS (2003) define como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Desde nuestro punto de vista, estas definiciones, sumamente útiles y pertinentes, no deben ser entendidas de forma separada más que a fines prácticos. A riesgo de caer en la lógica fragmentaria que prima en los servicios de salud, que conlleva reduccionismos biologicistas, psicologistas o estructuralistas de acuerdo a la disciplina en cuestión, es importante destacar que creemos que la concepción de salud integral no es pasible de ser descompuesta en sus partes, sino que estas conforman un todo complejo, indisociable y holístico.

En este punto, tomaremos la definición de Edgar Morin quien nos aporta una mirada amplia acerca de la complejidad:

*¿Qué es complejidad? A primera vista la complejidad es un tejido (complexus: lo que está tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. Al mirar con más atención la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desor-*

*den, la ambigüedad, la incertidumbre... De allí la necesidad para el conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir, de seleccionar los elementos de orden y de certidumbre, de quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar... Pero tales operaciones, necesarias para la inteligibilidad, corren el riesgo de producir ceguera si eliminan a los otros caracteres de lo complejo; y efectivamente, como ya lo he indicado, nos han vuelto ciegos (Morin, 1998 ).*

Esta mirada de la complejidad es la que sostenemos al pensar el concepto de salud integral. Creemos que la salud incluye múltiples dimensiones: física, psicológica, social, cultural, política, económica, etc., indisociables unas de otras, en constante interacción y multiterminación, siempre en proceso de cambio y de intercambio con el contexto; y es desde estas premisas que debería ser interpretada, a nuestro entender, la causal salud, cuando abordamos la temática de la interrupción legal del embarazo.

En efecto, así también lo establece el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” del Ministerio de Salud de Nación (2015). Este instrumento retoma la definición de la Organización Mundial de la Salud y enuncia de forma explícita que “una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud” (MSAL, 2015). Al mismo tiempo, recuerda que basta con la potencialidad de afectación de la salud para determinar el encuadre como causal de no punibilidad, y que es la mujer quien decidirá qué tipo de peligro está dispuesta a correr; idea esta última que pone en escena a las mismas mujeres como sujetos de derecho y establece la concepción de la causal salud desde la autonomía de las mujeres.

Ahora bien, ¿cómo conceptualizamos el impacto que un embarazo no planificado o no deseado puede tener sobre la salud integral de las mujeres?

## Impacto del embarazo no planificado o no deseado en la salud de la persona. Un breve análisis desde una mirada psicosocial

Como hemos mencionado anteriormente, consideramos a la salud como una integralidad, un todo complejo e indisociable. Por ello, cuando en este apartado diferenciamos algunas de sus dimensiones,

lo haremos únicamente para aportar claridad teórica y hacer inteligibles nuestras ideas.

Partimos de la premisa de que el embarazo no planificado o no deseado puede tener implicaciones en la salud física, mental y social de las mujeres, y que de acuerdo a la mirada del equipo de salud, esta puede ser una justificación suficiente para acceder a una interrupción legal en caso de que la mujer así lo decidiera.

A nuestro entender, una mujer que se ve forzada a continuar con un embarazo, ve afectada su salud no solo cuando el embarazo es producto de una violación o abuso, o cuando el feto sufre graves malformaciones (González Vélez, 2008), sino por el solo hecho de transitar un embarazo no planificado o no deseado. Al respecto, el embarazo no planificado puede constituir un riesgo en la salud de las mujeres, en especial, en la dimensión psíquica o mental. En este punto cabe aclarar que la afectación de la salud mental se da en diversos grados y no implica necesariamente la existencia de una discapacidad absoluta o un trastorno mental grave, sino que incluye, también, el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima (MSAL, 2015).

Así, desde nuestra experiencia, en el intercambio directo con mujeres en situación de embarazo no planificado o no deseado, observamos que el dolor psíquico o sufrimiento mental se manifiesta a través de expresiones tales como:

“No puedo continuar con este embarazo”

“No soporto la idea de estar embarazada”

“No quiero estar embarazada”

“Quiero terminar con esto lo antes posible”

(Registros de historias clínicas de las consejerías de atención integral, 2015).

Frases que, en muchos casos, están acompañadas de expresiones no verbales de preocupación y angustia, son a nuestro entender fundamento suficiente para considerar que la continuación de este embarazo no deseado genera dolor psicológico y sufrimiento psíquico en la mujer, y puede ser un factor de predisposición y/o riesgo para una afectación de la salud en la vida de esa mujer.

En este sentido, es dable destacar que no es necesario, para acceder a un aborto legal, que la mujer presente un trastorno o enfermedad mental o discapacidad intelectual, ni tampoco que tenga una predisposición a un cuadro severo de enfermedad mental como puede ser una depresión, ni que exprese ideas suicidas, sino que basta con que pueda enunciar en sus propias palabras el dolor o sufrimiento psíquico

que un embarazo no deseado le genera.

Asimismo, algunas mujeres expresan en su discurso la angustia que le produce la idea de continuar con el embarazo, expresando en ese sufrimiento aspectos que están vinculados con la salud social, como por ejemplo:

“Ya mi embarazo anterior no lo quería continuar, pero no lo interrumpí”

“No creo que pueda tener fuerzas para criar a todos mis niños”

“Estoy sin trabajo yo y mi pareja, no me siento bien con este embarazo, no quiero seguir con él mismo”.

“No tengo una vivienda propia y espacio suficiente para toda mi familia, no quiero seguir con este embarazo”.

(Registros de historias clínicas de las consejerías de atención integral, 2015).

Estos testimonios, que a modo de ejercicio teórico podemos diferenciarlos como ejemplos de las dimensiones psicosociales, ponen en evidencia que la continuación de un embarazo no deseado o no planificado puede constituir un factor de precipitación de una afectación. De la misma manera que, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como es su cronificación, aparición de secuelas o, incluso, la muerte (MSAL, 2015).

En este sentido, y observando las estadísticas que nos ha brindado el “Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires”, identificamos cómo, cada vez más, aumentan, en el registro de casos de abortos no punibles, las causales de salud psicosocial, figurando más interrupciones legales por causal salud mental —subiendo de casi un 5% en el 2014 a un 8% en lo que va del 2015— y también se han registrado por primera vez casos según la causal salud social en el registro del corriente año.

Finalmente, con respecto a la salud mental, rescatamos que es una dimensión de la salud que ha sido reconocida en el escenario del derecho internacional de los derechos humanos y en la legislación en materia de salud. La afectación de la salud mental se da en diversos grados y no implica necesariamente la existencia de una discapacidad absoluta o un trastorno mental grave. El alcance del concepto de trastorno mental se ha ampliado para incluir dolor psicológico y sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima (MSAL, 2015), causada, por ejemplo, por el embarazo, producto de una violación o abuso, o cuando el feto sufre graves malformaciones (González Vélez, 2008), pero también por el solo hecho de transitar un

embarazo no planificado o no deseado.

En consecuencia, el embarazo tiene implicaciones sobre la salud física, mental y social de la mujer, las cuales podrían justificar la interrupción de este. La continuación forzada del embarazo puede llevar a una mujer a afectar la integridad de su salud. Estas razones deben ser consideradas por los equipos de salud para definir y evaluar el riesgo que tiene la mujer que solicita una interrupción del embarazo de padecer una afectación de la salud, en estas tres dimensiones: física, mental y social.

Suscribimos a una idea de salud integral, que incluye tanto una dimensión biológica como psíquica y social. No obstante, es importante destacar que estas tres dimensiones no se presentan de manera separada o inconexa, sino que constituyen las partes de un todo complejo. En este sentido, entendemos que la salud mental está determinada y determina, a la vez, los aspectos físicos y sociales, que en su totalidad configuran la salud de una manera holística y viceversa.

Ahora bien, si bien conocemos que esta diferenciación es a los fines teóricos, nos preguntamos: ¿Cómo operativizar el riesgo de la salud integral como causal de no punibilidad sin perder de vista la complejidad del concepto? ¿Cómo evitar fragmentar al sujeto mujer que consulta por interrupción del embarazo en sus dimensiones física, psíquica o social? ¿Qué lugar termina ocupando su palabra en los modos que tenemos para constatar el riesgo de la salud?

## Embarazo no deseado o no planificado: impacto en la subjetividad

Sabemos que existen instrumentos de evaluación que intentan delimitar el dolor o sufrimiento psíquico-mental. Entendemos que esto es algo posible solo a los fines prácticos, pero, como hemos expresado en los apartados anteriores, para nosotros la salud mental no puede pensarse aisladamente del resto de los componentes que constituyen la salud de un sujeto, en sentido integral.

Partir de la concepción de salud integral, como causal para el acceso de las personas al derecho a la interrupción legal del embarazo, nos abre la mirada hacia indicadores de salud mental, psicológica, emocional y/o social, que no son determinantes de enfermedad y daño, sino expresiones de un potencial riesgo. Los componentes no biológicos que incluye la salud complejizan también al respecto la mirada de ILE, ya que aparece en el campo de la salud con la misma complejidad que

tienen todas aquellas situaciones de salud que no son objetivables ni concretizables, y que, por lo tanto, se vuelven inasibles. Pese a todas las declamaciones y declaraciones que definen a la salud como integral, muchos de los trabajadores de la salud mantienen ideas muy arraigadas y profundas con relación a que la salud está anudada a las imágenes, a las mediciones y a los valores que les transmiten los aparatos.

Desde una perspectiva donde los aspectos psicológicos adquieren cierta prioridad para el abordaje de nuestra temática, el psicoanálisis nos aporta una mirada bastante completa y compleja en relación con la subjetividad, puesto que este paradigma privilegia el deseo del sujeto como aquello que organiza y motoriza la vida.

En esta línea, la psicoanalista francesa, Francoise Dolto, hace interesantes aportes en referencia al tema del aborto y a la relación de las madres con su deseo y del efecto que esto puede tener en un hijo. También, destaca el "estado de devastación" en que quedaría una mujer cuando se la enfrenta a la situación de recibir a un hijo que no ama, ni desea, ni espera: "Una mujer que desea abortar y que se ve impedida de hacerlo, recibirá a su hijo en la tristeza y en el rechazo".

En un tono mucho más fuerte y ya más ligado al lugar del hijo en camino, Dolto dice: "... no se trata de dejar venir al mundo, carne humana viva", ya que es el lenguaje el que transforma a esa "carne humana" en un niño, de este modo, es el lenguaje el que transmite el deseo a ser por venir.

Respecto del discurso médico, Dolto toma posición y plantea que el discurso basado en la moral, que utilizan algunos trabajadores de la salud para no consentir el deseo del aborto de la mujer, convierte a ese acto en uno más "inmoral"; aun.

Carril Berro y Gómez López son dos psicólogas uruguayas que realizaron un estudio sobre aborto y subjetividad, en el cual recuperan, por un lado, el tema de un embarazo no deseado, y, por el otro, la transformación del rol de las mujeres en el imaginario social. Las autoras afirman que "El embarazo no deseado o no intencional es un hecho frecuente en mujeres en edad reproductiva de cualquier condición social y una situación crítica que obliga a tomar una decisión. Por la función biológica que permite la reproducción de quienes no han buscado voluntaria y conscientemente un embarazo, se enfrentan a una maternidad posible o para algunas, imposible"<sup>1</sup>.

Ellas plantean que es importante destacar cómo el sistema de salud reproduce constantemente estereotipos de género y reduce el lugar

---

1 Extraído de sitio web: <http://www.psiconet.com/foros/genero/carril.htm>

de la mujer al de madre, de ahí la ecuación tan fuertemente expresada en los discursos de profesionales de la salud "mujer = madre", como un imperativo a cumplir.

Por eso, indican que hay un posicionamiento subjetivo y condiciones económicas, sociales y relacionales que llevan a la decisión de abortar o de seguir adelante con un embarazo. También observan que las diversas "... significaciones que cada mujer le da al aborto, están en relación directa con lo anteriormente expuesto y emergen de un contexto en que el aborto es ilegal y por lo tanto clandestino y punible" .

Asimismo, establecen que "Las condiciones de clandestinidad ligadas a la penalización determinan por su parte, el diseño de una escenografía subjetiva signada por el secreto, el temor, la inseguridad, la condena moral y el temor al riesgo" (extraído de sitio web: <http://www.psiconet.com/foros/genero/carril.htm>). Es claro para nosotros que estas son las condiciones que una mujer se ve obligada a atravesar para concretar un aborto, por lo tanto, es casi seguro que también se enferme.

Otra perspectiva teórica, que nos permite evaluar el impacto en la subjetividad de un embarazo no deseado, se refiere a los Manuales Nosográficos que, como el DSM 5, califican y habilitan la causal salud mental como una "... grave tensión psíquica desencadenada por su situación actual de embarazo no deseado codificado como: V61.6 (Z64.0) Problemas relacionados con el embarazo no deseado y V61.5 (Z64.1) Problemas relacionados con multiparidad; y que podrían dar lugar a una patología psiquiátrica de persistir esta situación. Las consecuencias psiquiátricas, psicológicas y adaptativas del embarazo no deseado clasificadas como Estrés Post Traumático con el código 309.81 (F43.10) contemplan la posibilidad de aparición de las siguientes patologías: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto depresivo, episodios depresivos leves, moderados o graves, psicosis reactivas, psicosis puerperal y en casos extremos suicidio e infanticidio " .

Utilizando el paradigma de la Teoría del Estrés y Afronete, la doctora Marta B. Rondon (2009) realizó estudios sobre el aborto y la salud mental, en ellos da cuenta de cómo el aborto tiende a aliviar la percepción de estrés de la mujer con un embarazo no deseado. Sus estudios incluyen el seguimiento prospectivo de mujeres con embarazos no deseados que abortaron y mujeres que dieron a luz, y describe que no hay diferencias, por ejemplo, en la tasa de depresión entre ambos grupos. A la vez, en sus conclusiones, Rondon da cuenta, además, de que no hay ninguna evidencia científica para aquello llamado síndrome postaborto.

## Rescatando la singularidad de las mujeres en situación de embarazos no planificados o no deseados: las Consejerías de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva

Sabemos que existen distintos instrumentos que permiten constatar el riesgo de la salud de las mujeres en situación de embarazos no deseados que solicitan interrumpirlos. En muchos casos, estos instrumentos, aun con la mejor intención, terminan reproduciendo una lógica de fragmentación de la experiencia singular de cada mujer, que la reduce a una mera certificación de algunas de las dimensiones -física, psíquica o social- que constituyen la salud, y si bien entendemos que esto es con fines prácticos, no deja de constituirse en un reduccionismo.

Nos posicionamos desde la idea que tiende hacia una noción sobre la causal salud, pensada y visualizada, en un sentido integral y/o integrado, la cual nos permite definir el embarazo desde múltiples perspectivas y desde diversas opciones posibles para la mujer que está embarazada.

Creemos que las Consejerías son la estrategia por excelencia para abordar las múltiples dimensiones de los derechos sexuales y reproductivos y no reproductivos de las mujeres y el dispositivo por excelencia para dar una respuesta y atención integral desde la concepción de una salud precisamente integral.

Las Consejerías son espacios de información que tienen por objetivo acompañar a la persona, en este caso, a las mujeres, a tomar decisiones libres, autónomas y sin discriminación con respecto a su cuerpo y a su vida. Según el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” (MSAL, 2015), las Consejerías consisten en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación con el embarazo y los riesgos relacionados para la salud para dichas opciones: por un lado, continuar con el embarazo, o, por otro lado, si es un embarazo no deseado, brindar toda la información y, en el caso de la interrupción legal del embarazo, proveer los recursos necesarios para realizar el proceso.

Por eso, coincidimos en pensar que, desde una mirada integral de la causal salud para la interrupción del embarazo, las Consejerías deberían estar conformadas por equipos de profesionales de diferentes disciplinas, biomédica y psicosocial —médicos generalistas, ginecólogos,

psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, etc.— y con capacidad para el trabajo interdisciplinario, con el fin de brindar a la persona un espacio de contención, respeto, confidencialidad, y una escucha atenta y activa del profesional desde la integración de diversas miradas, para acompañarla, desde una mirada de salud integral, en la decisión autónoma que ese sujeto concreto asuma ante el embarazo: continuidad o interrupción.

Algunas de las prácticas o intervenciones que, a nuestro criterio, no deberían faltar en las Consejerías de Atención Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva son las siguientes:

- Asesoramiento sobre promoción de salud sexual y reproductiva.
- Consejería sobre la interrupción legal del embarazo.
- Consejería sobre reducción de riesgos y daños para el acceso a la información sobre un aborto seguro.
- Acceso al test de embarazo.
- Acceso a la pastilla de emergencia.
- Acceso a los métodos anticonceptivos según la decisión de la persona que consulta: pastillas, inyectable, DIU, implantes, preservativos, etc.
- Acceso al testeo de VIH-Sida y demás ITS.
- Detección de situaciones de violencia de género.

Finalmente, es importante rescatar la reflexión y el debate continuo que deben tener los equipos de salud a través de reuniones, o estar ateneos sobre casos y acceder a capacitaciones constantes, pues, deben ser espacios de muchos replanteos con relación a las buenas prácticas y a los estereotipos de género que están siempre presentes en los profesionales de salud como en toda la sociedad.

## A modo de cierre

Partimos de un tema complejo, como es el acceso al derecho a la interrupción legal del embarazo, que implica no solo la esfera privada de una decisión singular, sino también la esfera pública de la implementación de políticas que garanticen la efectivización de ese derecho. El tema en cuestión requiere de diversas miradas, múltiples teorías y distintas disciplinas, que, aunque parezcan estar en oposición, pueden dar cuenta de las diversas dimensiones en juego. Por un lado, el deseo de la mujer, la condición física, el momento vital, las emociones y la

situación socioeconómica, entre otros aspectos; y, por otro lado, la posición de los profesionales de la salud, la formación, la mirada, los estereotipos y concepciones de salud que presentan.

La modalidad “hegemónica” que en general desarrollan las distintas disciplinas, bajo el modelo de atención médico-clínica, en un intento de que su paradigma resuelva el problema o el conflicto, lo único que consigue es dejar por fuera a ese sujeto complejo, autónomo, con capacidad de decidir. De esta forma, cualquier intento de simplificar o privilegiar alguna de las áreas en las que podemos configurar a la salud de los individuos, hace que perdamos de vista al “sujeto complejo” que consulta teniendo en cuenta su contexto y situación particular.

Creemos que retomar la singularidad del sujeto, se contrapone con cualquier intento de definir a una persona a partir de estándares, planillas y clasificaciones, aunque nos puedan parecer útiles según ciertas circunstancias de estudio o investigación.

Hemos querido reflexionar sobre la importancia de cómo estas dimensiones están presentes en el concepto de salud integral y deberían ser consideradas por todos los profesionales de la salud de manera holística e indisociable, y no de manera fragmentada y especializada, como suele ocurrir en la cotidianeidad de los servicios de salud. A esto se suma la existencia en la Argentina de un contexto legal restrictivo en materia de acceso al aborto, que propicia la interrupción de embarazos en lugares clandestinos mediante procedimientos inseguros.

Por ello, la combinación del contexto legal y la formación de los profesionales de la salud, según una concepción de salud reduccionista, acorde al modelo médico hegemónico (biologicista, ahistórico, asocial), contribuyen a reproducir las dificultades de acceso a la interrupción legal del embarazo por la causal salud, más allá de la dimensión física de esta.

Finalmente, sostenemos que los espacios de encuentro entre usuarias, mujeres con capacidad de decisión sobre sus vidas y cuerpos, y profesionales de la salud, que se desarrollan dentro del marco de las Consejerías de Atención Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva, son una buena práctica de intervención para contribuir a “sacar de la clandestinidad” las prácticas de los equipos de salud que estamos comprometidos con los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de todas las mujeres, al promover el acceso a la interrupción legal del embarazo desde las tres causales, salud integral, vida y violación; y desde el respeto a la decisión autónoma de cada mujer y/o persona con derecho a la interrupción del embarazo.

## Bibliografía

- Asociación por los Derechos Civiles, Women's Link Worldwide (2014). "Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina". Junio, 2014.
- Berro Carril, E. y Gómez López, A. "Aborto y subjetividad. Un estudio uruguayo". Disponible en <http://www.psicomundo.com/foros/genero/carril.htm>.
- Código Penal de la Nación (1921). "Libro Segundo, Título I, Capítulo I".
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012). Caso "F., A. L. s/ medida autosatisfactiva", expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. Disponible en [http://www.csjn.gov.ar/expcion/documentos/cfal3/ver\\_fallos.jsp](http://www.csjn.gov.ar/expcion/documentos/cfal3/ver_fallos.jsp).
- Francoise, D. (1977). Lo femenino. "A propósito del aborto". Capítulo 12. Ed. Paidós
- Foucault, M. (1977). "Historia de la medicalización". Revista Educación médica y salud. Vol. 11, N° 1.
- Galindo, B. (2007). Aborto, salud y bienestar. Hoja Informativa, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Marzo de 2007.
- IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994). El Cairo.
- MSAL (2015). "Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación".
- Sundström, K. (1996). Abortion Across Social and Cultural Borders, Presented at the Seminar on Socio-Cultural and Political Aspects of Abortion From an Anthropological Perspective, marzo, Trivandrum, India, en Faúndes, A.; Barzelatto, J.; (2011). El drama del Aborto: en busca de un consenso. Buenos Aires: Paidós
- Milisenda, L. y Vaggione, J. (2013). "Mujeres malvadas. Análisis de un caso de judicialización de aborto no punible en la provincia de Córdoba", en Vasallo, M: Peripecias en la lucha por el derecho al aborto, Católicas por el Derecho a Decidir. Córdoba.
- Morin, E. (1998). "Introducción al pensamiento complejo". Barcelona: Editorial Gedisa.
- REDAAS (2015). "Manual de capacitación para implementar el aborto por causal violación en la Argentina. Red de Acceso al Aborto Seguro". Argentina.
- Registros de historias clínicas de las consejerías de atención inte-

gral (2015). Datos primarios desde los registros de historia clínica de las consejerías de atención integral de salud sexual y salud reproductiva de equipos de salud del primer nivel de atención de Ciudad de Buenos Aires.

- Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido. Documento elaborado por la Dra. Marta B. Rondon, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), Perú, noviembre de 2009.

- DSM V, "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Mayo, 2013.

- OPS/OMS (2007). "La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas". Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D. C.

# Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo

## Ensayo Argumentativo: "Causal salud, una herramienta estratégica"

*Ensayistas*

---

### Dra. Julieta Ireizo

Médica UBA (2014).  
Residente de Medicina General en CIC Sanguinetti, Paso del Rey- desde 2014 hasta la actualidad. Forma parte de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir (2015-actualidad).



### Lic. Natalia Maccorin

"Licenciada en Psicología recibida en la UBA. Jefa de Residentes de Psicología de la Residencia Integrada Multidisciplinaria de Moreno. Integrante del Equipo de Salud Sexual del CIC Sanguinetti, Moreno. Integrante de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir."



Imagen cedida por María Marta Garbarino.

*“El peso de las muertes resultantes del aborto reposa casi enteramente sobre África, Asia y América Latina. De cierta forma, nos comportamos como si esta realidad no nos sorprendiera o alarmara (...) Estamos dispuestos a sacrificar vidas humanas en el altar conformista de lo socialmente aceptable o para preservar una cierta zona de confort político”.*  
(IRIN, Abortos peligrosos en aumento)

## Introducción

La mortalidad de mujeres gestantes por abortos inseguros en la Argentina constituye un problema de salud pública, que permanece invisibilizado en la agenda política, pero que constituye un reclamo permanente desde el colectivo de mujeres y de LGTTB (lesbianas, gays, travestis, transgénero y bisexuales). En la actualidad, el marco legal es restrictivo, contemplando casos excepcionales en los que la interrupción del embarazo es legal y en los que constituye un derecho de toda persona con capacidad de gestar. Sin embargo, aún en estos casos nos encontramos con resistencias, obstáculos y hasta el incumplimiento de la garantía de dicho derecho por parte de l@s profesionales, poniendo en riesgo la salud y la vida de las mujeres o personas trans.

En el presente ensayo argumentativo, nos situamos a partir del análisis de las políticas públicas en salud sexual para abordar la temática de las Interrupciones Legales del Embarazo (ILE), tal y como se las define en el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” (2015). Asimismo, profundizaremos en nuestra concepción acerca de la ILE por causal salud, pensando a esta como una herramienta estratégica, en tanto define a la salud de manera integral y, por tal motivo, permite que la decisión autónoma de abortar de las mujeres sea contemplada en dicho marco como una práctica de salud más en su vida.

Finalmente, como profesionales de la salud pública, situamos la importancia de trabajar con l@s agentes de salud, ya que la accesibilidad a la ILE por causal salud por parte de las mujeres y de toda persona con capacidad de gestar se enfrenta cotidianamente a la objeción de conciencia de quienes debieran garantizarla. Consideramos que, aun cuando el Código Penal contempla la existencia de abortos legales, la

figura de la objeción de conciencia a la que apelan much@s agentes de salud constituye una estrategia biopolítica de la sociedad patriarcal, que penaliza la decisión del aborto, culpabilizando y criminalizando a quienes solicitan la ILE.

## Un recorrido por las políticas públicas

Históricamente, en Argentina y en América Latina, las políticas públicas en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva han considerado a las mujeres y sus cuerpos como variables de desarrollo económico, destinando dichas políticas casi exclusivamente al control de la natalidad, tomando como protagonistas a las mujeres heterosexuales, en edad fértil, y luego en las etapas de la gestación, el parto y el puerperio.

Asimismo, la estrecha relación del Estado con la iglesia católica se ha encarnado en estrategias simbólicas y biopolíticas de control y disciplinamiento sobre los cuerpos y subjetividades de las mujeres. El poder político de dichas instituciones patriarcales, entre otras, sostiene mitos sociales que ubican a las mujeres en una posición inferior o devaluada respecto de los varones; construyendo nominaciones que imponen sentidos no solo en la esfera política, sino en el campo de producción cultural. La iglesia católica ha sido y es creadora y portavoz de innumerables nominaciones que ligan a las mujeres a lo maligno y/o inferior (“pecadoras”, “brujas”). En contrapunto, esta misma institución enaltece la virginidad y la castidad a través de la figura de la “virgen madre”, imponiendo una concepción de la sexualidad ligada solo a fines reproductivos, alejada del placer, y decretando como destino natural de la mujer a la maternidad.

Es notable el intrincamiento de dichas nominaciones con las políticas públicas sobre la salud sexual sostenidas a lo largo de los años en Argentina. A modo de ejemplo, el expresidente Menem realizó una alianza con el Vaticano, en el marco de la reforma de la Constitución Nacional de 1994, adhiriendo al Pacto de San José de Costa Rica que postulaba la defensa de la vida desde la concepción, en contradicción con la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), hoy elevada a rango constitucional.

A su vez, en el plano internacional durante los años noventa y como efecto de las luchas del colectivo de mujeres, en las distintas conferencias sobre los derechos de las mujeres que se llevaron a cabo (Organización de Naciones Unidas, El Cairo, Beijing), comienza a incorporarse

en el imaginario social y en las legislaciones la concepción de control de la reproducción como un derecho humano básico de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos (Brown, 2007), por lo que se adopta la denominación de "derechos reproductivos". Si bien esto constituyó un gran avance, solo hablar de derechos reproductivos no contemplaba demandas no heteronormativas y eventos no reproductivos como el aborto y la anticoncepción.

A partir de intentar visualizar estas demandas, llevadas adelante en su mayoría por las luchas feministas y del colectivo LGTTB, se agrega el término "sexuales"; aunque en la práctica actual las políticas englobadas bajo esta denominación sigan estando dirigidas a la seguridad (o no) de la reproducción y todo lo concerniente a los llamados "controles": prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), controles ginecológicos y la atención del embarazo.

Esta concepción de la sexualidad queda manifiesta en la última Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable de Argentina (Ley 25673, 2002). El texto legal expresa que el programa que pretende llevar adelante está destinado a la población general, pero no logra desligar la sexualidad de la reproducción; además, se vincula la sexualidad de la mujer con relación a un varón y fortalece la "obligación" de las mujeres de hacerse responsables de la anticoncepción y la reproducción, siempre en pos de la planificación de un modelo de familia tradicional. En este sentido, "la única sexualidad que se considera posible es la que se ejerce de forma monogámica, heterosexual y con el fin de la reproducción" (Anzorena, 2006: 292).

Entonces, más allá de la evolución en el plano formal a través de dicha ley y el programa correspondiente que implicó avances en lo que respecta a la ampliación en el acceso a la información, anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, el Estado patriarcal y capitalista continúa sosteniendo a través de sus políticas las igualaciones mujer = madre y sexualidad = heterosexualidad, omitiendo e invisibilizando a cualquier otra orientación sexual o práctica que niegue la maternidad.

En este último punto, se ponen en tensión diferentes concepciones referidas a posiciones éticas, políticas e ideológicas, por lo que las políticas públicas que se adopten al respecto dependerán de la ampliación o reducción de "los umbrales de tolerancia" (Calvera, 1990:49) del Estado patriarcal y capitalista, condicionando los límites implícitos que las leyes y políticas públicas pueden o no traspasar. La declaración de derechos y/o normas no modifica solamente el modo en que se representa a la sexualidad y a l@s destinatari@s de los programas, sino

que reproduce un modelo: "El Estado interviene sobre la vida de las mujeres de forma directa sobre aquellas que son destinatarias-usuarias de sus políticas y de forma indirecta como reproductor de la ideología, estableciendo cuáles son las alternativas de vida, las orientaciones sexuales y las conductas permitidas y prohibidas, aceptadas y sancionadas" (Anzorena, 2006: 295).

Por otro lado, cabe señalar el interesante viraje que ha dado la forma de denominación de esos derechos en la letra de la ley, se pasa de "derechos sexuales y reproductivos" al concepto de "salud reproductiva". Esto implica que se conciba a estos derechos dentro del campo de la salud, y no como derechos civiles, lo cual trae como consecuencia la (re) ubicación de la sexualidad y la reproducción como una cuestión privada y personal, en donde el saber lo posee el profesional de salud, corriéndose el riesgo de medicalizar el reclamo, y en la misma línea, de despolitizarlo, obteniéndose un resultado completamente opuesto: los derechos se convierten, paradójicamente, en desigualdades perpetradas por el Estado (Brown, 2007). Afirmamos esto ya que sabemos que las prácticas de salud no son las mismas para las distintas clases sociales. De esta forma, lo que debería ser un derecho civil para todas las personas se convierte en desigualdad según el estrato social al que se pertenezca.

Sin embargo, el hecho de que estas demandas hayan sido incorporadas al terreno legal es relevante, en tanto permite visibilizar estas necesidades y, además, crea deberes y derechos que el Estado debe garantizar, y que, por lo tanto, pueden exigirse. Sabemos que "derecho legislado no es lo mismo que derecho consagrado" (Brown, 2007), pero hablar de derechos en términos legales nos permite legitimar las luchas, y nos brinda un espacio donde pueden debatirse y reconocerse estas reivindicaciones y reclamos que históricamente fueron negados; es pasar del plano privado al público. Retomando a Josefina Brown, "la demanda por derechos sexuales y (no) reproductivos apunta a uno de los nudos centrales del patriarcado, aquel que sujeta el cuerpo, la sexualidad y las capacidades reproductivas de las mujeres a la tutela del padre, el sacerdote o el Estado, y sometiénolas a los designios de las políticas de población que hace de esos cuerpos dóciles objeto de los designios de la nación y la patria" (Brown, 2007). En otras palabras, es entender los derechos sexuales y (no) reproductivos como base para la construcción de una ciudadanía distinta a la que el sistema patriarcal impone.

## El aborto como punto de ruptura, las ILE como derecho

En el contexto de una sociedad patriarcal y capitalista, que sostiene la subordinación de las mujeres a los varones, nos preguntamos ¿qué implica incluir la perspectiva de género en el proceso de salud-enfermedad-atención? Débora Tajer señala al respecto que incluir dicha perspectiva implica “incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad- atención” (2012: 18) en cada uno de estos grupos. En este sentido, es clave diferenciar las “vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado” (Tajer, 2012: 18), ya que condicionan lo modos de vivir, de enfermar, de acceder a los centros de salud, de cómo son recepcionad@s y atendid@s en estos, y de morir. Aún más, estas vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles se intensifican más o menos de acuerdo a la clase social de la persona.

Ahora bien, en lo que respecta a las políticas públicas de salud sexual y a las concepciones que estas sostienen sobre la sexualidad y la reproducción, el aborto aparece como un punto de inflexión, ya que la decisión autónoma de las mujeres de interrumpir un embarazo cuestiona la igualdad mujer = madre y la concepción de la sexualidad como reproducción. Rosemberg<sup>1</sup> afirma que “en contraposición con el imperativo que pone en equivalencia los significantes madre, mujer y esposa, el aborto supone una ruptura, un quiebre, una fisura; funciona incluso como un gesto de resistencia a aceptar las definiciones hegemónicas de mujeres vigentes en nuestras sociedades” (1998, s/d). La socióloga María José Rosado Nunes advierte que no es posible desvincular el aborto de la maternidad, ya que la capacidad biológica de engendrar implica también la posibilidad de decidir si hacerlo o no. “No se asocia ‘elección’ a la maternidad, como si esta no fuera materia de deliberación. De ahí que el aborto sea tratado como algo que va ‘contra la naturaleza’ de la mujer. ¡Claro! No es pensable que vaya ‘contra la naturaleza’ que un hombre rechace la paternidad como proyecto de vida. Sin embargo, una mujer debe dar explicaciones cuando elige no ser madre” (Rosado Nunes, 2012: 82).

---

1 Citada en Brown, Josefina Leonor (2007). Ciudadanía de mujeres en Argentina: los derechos -no- reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión. Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.

A partir de lo señalado acerca de las políticas públicas en salud sexual, quisiéramos situarnos en lo que respecta a la temática de las Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) en la actualidad, en función de nuestra experiencia en Consejerías de Pre y Post Aborto en el primer nivel de atención. Las Consejerías en Salud Sexual Integral, entre ellas las Consejerías de Pre y Post Aborto, son concebidas por el “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” como “una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género” (2010: 6), y se encuentran guiadas por los principios de autonomía, igualdad, diversidad e integridad corporal. En este sentido, a partir de nuestro trabajo en las Consejerías promovemos que l@s usuari@s puedan arribar a elecciones y decisiones autónomas, a partir de información precisa, oportuna y veraz en relación con el ejercicio de la sexualidad.

Actualmente, dichas Consejerías se encuentran respaldadas en el marco de una Política de Salud Nacional y Provincial expresadas en las convenciones internacionales elevadas a rango Constitucional como la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); en las siguientes leyes: Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25673), Ley de Educación Sexual Integral (26150), Ley Nacional de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (26485); en el artículo 86, inciso 2 del Código Penal Argentino y en el Fallo “F. A. L. s/ medida autodefensiva” de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), que sentó jurisprudencia sobre las situaciones en donde el aborto es legal: peligro para la vida de cualquier mujer gestante, peligro para su salud biopsicosocial y cuando el embarazo es producto de violencia sexual padecida por la mujer (incluye violencia familiar).

Asimismo, la CSJN enfatiza y sostiene que la persona que solicite el derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE): “[...] no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible” (2012: considerando 21).

A partir de este marco vigente, desde 2007 aproximadamente, aparecen los primeros protocolos de atención para estas situaciones, entre ellos el “Protocolo de Atención Integral de Abortos No Punibles de la Provincia de Buenos Aires” (2012) y el reciente “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación (abril de 2015), los

que aportan una unificación de criterios a la hora de argumentar y consecuentemente realizar las interrupciones consignadas como derecho.

Particularmente, desde este último Protocolo se propone un cambio de nominación: del “aborto no punible” se pasa a la “interrupción legal del embarazo”, enfatizando el carácter legal y legítimo de la interrupción, favoreciendo la despenalización social del aborto. A su vez, aplica estándares constitucionales a todas las prácticas, lo que delimita de forma precisa los requisitos a cumplirse por todos los efectores del territorio argentino.

Entre los lineamientos que incluye, destaca especialmente la causal salud integral, en donde se incorporan los aspectos psicológicos y sociales de la salud de las personas, así como el potencial riesgo de afectación de la salud; en consonancia con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud que sostiene que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948).

Asimismo, este Protocolo considera que el derecho a interrumpir un embarazo debe cumplirse para todas las personas con capacidad de gestar, lo que contempla a la población trans. Finalmente, se afirma que “el ejercicio de la opción de la ILE se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad” (2015: 12).

Adentrándonos en la causal salud, es interesante observar la multiplicidad de dimensiones que abarca respecto de la situación de la mujer que decide interrumpir una gesta. El acto de concebir la salud desde una perspectiva integral rompe con el modelo médico hegemónico, el cual sostiene una mirada biologicista, ahistórica y descontextualizada de la vida de las personas, en donde el saber es exclusividad de l@s profesionales de la salud, reproduciendo las relaciones asimétricas de poder del sistema patriarcal. Estas características quedan manifiestas en los argumentos que usualmente se esgrimen cuando una mujer acude a un servicio de salud solicitando la interrupción del embarazo, frente a lo cual l@s profesionales abordan la situación desde un punto de vista paternalista, basándose en sus supuestos “saberes médicos” (devenidos en prejuicios) y definiendo qué “es lo mejor o lo peor” para esa mujer. En definitiva, l@s profesionales desoyen y descreen la demanda y los motivos que llevan a la mujer a la decisión de interrumpir la gesta, siendo que la mujer tiene derecho a decidir sobre su salud en función de los atravesamientos que la situación tiene sobre esta.

Podemos afirmar, entonces, que la potencia de la definición de

salud que acuña la OMS radica en contemplar la integralidad de la vida de las personas y no limitar la salud al aspecto puramente biológico. En este sentido, la argumentación de la ILE por causal salud incluye otros aspectos históricamente relegados, como los costos subjetivos relativos tanto a la decisión de abortar como a la de continuar un embarazo no deseado o no planificado. Debe tenerse en cuenta que todo costo subjetivo implica, por un lado, la energía elaborativa requerida para sostener la decisión de abortar de la mujer y, por otra parte, para soportar las resistencias a esta decisión provenientes de la penalización y culpabilización de la sociedad, que no acepta la ruptura de las igualaciones mujer = madre y sexualidad = procreación (Fernández, 2012).

Es así, entonces, que para evaluar la causal salud, se contempla el sufrimiento psíquico que atraviesa la mujer en situaciones vinculadas directa o indirectamente al embarazo: la afectación de la percepción de bienestar producto de un embarazo no deseado; el atravesamiento de una situación traumática (como el duelo, estrés postraumático, crisis accidental, etc.); el diagnóstico en paralelo de una enfermedad propia o de un familiar; el diagnóstico de una malformación fetal; y la noticia del embarazo en un momento vital particular (en edades extremas de la vida fértil, en el puerperio, etc.).

En la misma línea, otro aspecto que se considera al recurrir a la causal salud es la condición socioeconómica, en tanto determinante de la salud de las personas. Debemos considerar diferentes dimensiones que hacen a esta condición, entre ellas: la situación laboral, la educación, la situación de vivienda, las condiciones sociofamiliares y vinculares. Un embarazo no deseado o no planificado incide sobre dichas dimensiones, afectando la calidad de vida y de salud de la mujer e incluso la de su entorno. Entre los motivos de las mujeres, surgen las dificultades de compatibilizar las exigencias del mercado laboral con este embarazo en particular, lo que incluye la imposibilidad de continuar el vínculo laboral actual; el desempleo; la imposibilidad de tomarse licencias cuando se trata de un trabajo informal; la dependencia económica de otras personas; el ingreso nulo, bajo o insuficiente; ser único sostén del hogar, etc.

Así también, las mujeres dan cuenta de motivos ligados a su educación o su situación habitacional, entre ellos, la suspensión o postergación de su educación a causa del embarazo, con consecuencias directas sobre su inserción laboral, malas condiciones de vivienda actual, dificultades para pagar el alquiler con riesgo de quedarse sin lugar donde vivir, dependencia habitacional que implica incertidumbre sobre el futuro y/o incapacidad para albergar a otra persona. En consonancia,

encontramos también motivos relativos a la dimensión sociofamiliar y vincular, que son fundamentales a la hora de indagar respecto de la red social con la que cuenta cada mujer para decidir qué hacer frente a un embarazo no deseado o no planificado: ausencia de pareja o de apoyo de la pareja o familia para llevar adelante un embarazo y la crianza de un hijo; inexistencia de red familiar ampliada que acompañe; cantidad de hijos a cargo y la imposibilidad de afrontar tener y cuidar de otro; problemas de salud de hijos o familiares a cargo de la mujer; embarazo forzado producto de la negligencia del sistema de salud que negó o retrasó el acceso a un método anticonceptivo; mujer víctima de violencia de género, en donde un embarazo agravaría su situación de violencia.

Finalmente, también debemos evaluar, a través de la causal salud, el potencial riesgo de salud física que implica para la mujer continuar con el embarazo. En este sentido, pueden diferenciarse las causas indirectas de riesgo a la salud constituidas por las enfermedades susceptibles de agravarse con el embarazo en función de los cambios fisiológicos producidos durante una gestación normal, y las causas directas de riesgo a la salud abarcadas por complicaciones médicas del embarazo, que pueden provocar enfermedad o agravar una enfermedad preexistente, o constituir una amenaza para la salud y el bienestar de la mujer. Asimismo, hay que tomar en cuenta los antecedentes de complicaciones obstétricas y aquellas enfermedades que no pueden recibir un tratamiento adecuado durante el embarazo, ya que ambas aumentan el riesgo de afectación de la salud de las mujeres.

Puede decirse entonces que la causal salud se concibe como una herramienta estratégica para los equipos que trabajamos esta problemática de salud pública. Actualmente, dada la legislación restrictiva existente en el Código Penal y el fallo "F. A. L." de 2012, la implementación de esta causal se nos presenta como una estrategia útil a la hora de garantizar la decisión de las mujeres de interrumpir un embarazo. Dado que la decisión de abortar de la mujer implica la integralidad de los aspectos contemplados en la definición de salud de la OMS, la implementación de este argumento nos habilita incluir dentro de este marco toda situación de interrupción del embarazo.

Es decir, en ausencia de una ley que legalice el aborto, la causal salud permite que la decisión autónoma de las mujeres sea realmente puesta en práctica y, a la vez, legitimada socialmente, situando al aborto como una práctica de salud más en la vida de las mujeres. Sostenemos que el aborto es la expresión máxima de la emancipación biológica, psicológica y social de la mujer, ya que rompe con las ataduras e imposiciones patriarcales sobre los cuerpos, las subjetividades y

la vida de las mujeres.

Sin embargo, en la práctica nos encontramos con obstáculos concretos, en particular en la articulación con el segundo nivel de atención, para garantizar las ILE por *causal salud*.

## La objeción de conciencia como estrategia de opresión

A partir del trabajo en Consejerías de Pre y Post Aborto, frente a la necesidad de articulación con hospitales públicos (segundo nivel de atención) para garantizar que se lleve adelante el derecho de las mujeres a las ILE, nos encontramos muchas veces con el obstáculo concreto de la objeción de conciencia por parte de los agentes de salud, incluso como una postura que adoptan muchos servicios completos de Ginecología y Obstetricia. Si bien la objeción de conciencia se hace presente frente a las ILE en general, encontramos aún mayor resistencia cuando se trata de ILE por causal salud. Nos preguntamos entonces, ¿por qué los agentes de salud manifiestan con mayor frecuencia la objeción de conciencia frente a las ILE en este caso?, ¿es ético que los servicios o las instituciones públicas de salud se declaren objetoras de conciencia frente a las ILE? Intentaremos abordar dichas preguntas en este apartado.

En principio, es importante resaltar que la objeción de conciencia no constituye un derecho humano en sí mismo, sino que se deriva del derecho a la libertad de conciencia y de culto y a las acciones que no perjudiquen a terceros (artículos 14, 19 y concordantes de la Constitución Nacional Argentina). Marcelo Alegre explica que la objeción de conciencia constituye una excepción a la regla: “el objetor no busca impugnar o cambiar una regla o una política, busca una excepción para sí mismo sin cuestionar la validez de la regla” (2014: 18). Sin embargo, dicho autor advierte que en el ámbito de la salud sexual y procreación responsable, la objeción de conciencia no constituye una excepción a la regla, sino que nos encontramos con una modalidad que opera intentando desbaratar o cambiar la regla, “de modo que se pasa de una acción o reclamo de tipo personal o individual, a un modo de disputar por otros medios lo que no se ha logrado en el ámbito democrático parlamentario” (Alegre, 2014: 19). La gravedad de esta modalidad es que, si no se regula, produce daño en otras personas, e incluso atenta contra el funcionamiento de un Estado democrático constitucional.

Cabe señalar que durante los últimos años se han promulgado leyes

de avanzada en lo que respecta a la valoración y el respeto de los derechos humanos en temas controvertidos como la Ley de Muerte Digna, la Ley de Identidad de Género y la Ley de Matrimonio Igualitario. Sin embargo, en ninguna de estas leyes se admitió la objeción de conciencia, porque se entiende que esta figura jurídica obstaculizaría el acceso a derechos fundamentales por parte de l@s destinatari@s de las leyes. Marcelo Alegre señala que la objeción de conciencia ha surgido como tema de debate frente a la obligatoriedad del servicio militar y que, a partir de la mitad de la década de los años 90, “los debates y las regulaciones de la objeción de conciencia cobraron importancia en un ámbito en el que estaban en juego derechos fundamentales: el de las leyes y reglamentaciones nacionales y provinciales sobre salud sexual y reproductiva” (2009: 2).

Ahora bien, no existe ninguna ley que permita la objeción de conciencia respecto de prácticas médicas sobre los varones; por el contrario, se objeta sobre prácticas que se vinculan a las elecciones y decisiones autónomas de las mujeres sobre su cuerpo, su salud, su vida, su planificación familiar, etc. Tamar Pitch, profesora de filosofía y sociología jurídica, manifiesta de manera contundente: “Esto se traduce en la negación de la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, debido a la diferencia entre ellos, diferencia declinada en minoría. Opera aquí la idea de que la mujer no puede ser considerada como sujeto de pleno derecho tanto legal como moralmente” (2012: 381).

Es importante destacar que estas prácticas de objeción de conciencia responden a una moral hegemónica que coloca barreras al cumplimiento de los derechos de las mujeres, sosteniendo una idea de sexualidad y de procreación íntimamente ligada a los estereotipos de género y sexo impuestos por la sociedad patriarcal a lo largo de siglos, siendo la iglesia católica una de sus principales instituciones reproductoras. De esta manera, cuando la objeción de conciencia opera penalizando, criminalizando o culpabilizando a las mujeres respecto de las decisiones autónomas que estas toman sobre su sexualidad, se fortalece dicha hegemonía cultural y moral, “y un estado democrático no debe imponer concepciones éticas sobre virtudes personales a las personas, debe crear el contexto para que las personas resuelvan por sí cuál es la concepción ética que ellas prefieren” (Alegre, 2014: 19).

El daño que produce esta modalidad de la objeción de conciencia recae principalmente sobre el colectivo de mujeres y, en particular, sobre mujeres en situación de vulnerabilidad biopsicosocial y económica. En este sentido, consideramos que la objeción de conciencia sistemática frente a las ILE, en particular por causal salud, constituye una

estrategia biopolítica de disciplinamiento y control sobre los cuerpos y las subjetividades de las mujeres. Lo llamativo de esta situación, y que constituye un agravante, es que son l@s profesionales de la salud (que tienen como obligación resguardar el derecho de sus pacientes) quienes se rehúsan mediante la objeción de conciencia a garantizar la práctica de la ILE. Alegre señala que ser profesionales implica una posición de privilegio, manifiesta en el monopolio de ciertas actividades que, en contrapartida, supone ciertas obligaciones y deberes específicos. Dicha posición de privilegio de l@s profesionales se sostiene en la reproducción de relaciones asimétricas de poder respecto de las mujeres y de la preponderancia del saber médico por sobre el saber de cada mujer respecto de su cuerpo, su salud y su vida (base del ya nombrado modelo médico hegemónico). Por lo que desde el Estado y desde la sociedad misma es necesario exigirles a los profesionales de la salud que subordinen ciertas convicciones éticas personales, en favor de otras convicciones éticas que resguarden y protejan los derechos, los intereses y la dignidad de las pacientes (Alegre, 2014: 20).

En el caso de las ILE, la objeción de conciencia avasalla los derechos e intereses de las mujeres ya sea imposibilitando o entorpeciendo el acceso a la información; o restringiendo el acceso a la prestación de la interrupción en tiempo y forma. Las mujeres son expuestas a riesgos para la vida, para la salud, para la integridad física y para su autonomía. La ginecóloga Zulema Palma es contundente al afirmar que el o la objetor/a de conciencia “no está ejerciendo ningún derecho personalísimo, sino abusando de una posición de poder” (2015: 2). En este sentido, l@s emplead@s y/o funcionari@s públic@s no deberían ser objetores de conciencia, en tanto que ell@s representan al Estado, “por lo que no es aceptable que se nieguen a prestaciones de salud en instituciones públicas, ya que implicaría un uso privado del poder público” (Alegre, 2009: 5).

Se presupone, asimismo, que quienes actúan “a conciencia” son l@s objetores, ya que alegan razones ideológicas o religiosas para no realizar la práctica, pero no se toma en cuenta la “conciencia” de las mujeres que arriban a una elección o decisión en el marco de sus propias convicciones personales. Tampoco se reconoce que l@s profesionales de la salud que sí realizan las ILE sostienen su conducta “a conciencia”, por lo que se l@s estigmatiza y desacredita. Harris sostiene que “en los últimos cuarenta años se ha naturalizado la idea de que la atención de la salud basada en motivaciones de conciencia significa el rechazo a la prestación a realizar el aborto u otros servicios controvertidos” (2012: 2). Esta tergiversación de la compatibilidad entre la

conciencia y la prestación del aborto plantea un escenario más siniestro cuando son las instituciones estatales las que se declaran objetoras de conciencia con total impunidad, sin ninguna regulación ni control. La objeción de conciencia institucional aplicada de manera sistemática expone a las mujeres al riesgo de situaciones que ponen en peligro su vida y pueden llevarlas, incluso, a su muerte. Por eso estamos en condiciones de afirmar que un Estado que permite esto, “es un Estado feminicida” (Palma, 2015: 2).

Alegre manifiesta que “la objeción de conciencia debe ser regulada con especial detalle y de modo restrictivo en el ejercicio de la profesión, cuando por esta vía se ponen en riesgo valores como la vida y la salud de terceros, o el disfrute de importantes derechos constitucionales y/o legales, máxime cuando el ingreso a las profesiones de la salud es enteramente voluntario, por lo que la apelación a la objeción de conciencia debe ser tratada de manera muy diferente” (2009: 5). Actualmente, en espacios de discusión, como el Foro Debate organizado por la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, se discute la no inclusión de la objeción de conciencia como figura legal en el proyecto de ley, en tanto no se la considera un derecho, sino una excepción a la obligación de realizar las ILE; esto, además, resguardaría a quienes sí las realizan, focalizándose en la construcción de una estructura legal e institucional que l@s ampare.

## Conclusiones

A lo largo de este ensayo, procuramos recorrer los diferentes argumentos que nos permiten concebir a la llamada causal salud, bisagra en el abordaje de la problemática del aborto, como una estrategia para garantizar el acceso al derecho de interrupciones voluntarias de embarazos.

En un sistema opresor y machista, en el que a las mujeres y a las personas de géneros históricamente considerados “minorías” les han sido negados ciertos derechos humanos (en detrimento de su salud, su educación, su identidad, etcétera), empezar a vislumbrar el concepto de salud más allá de lo biológico es una invitación y una apuesta a romper con el modelo médico hegemónico y patriarcal impuesto, en el cual l@s profesionales de la salud son l@s dueñ@s del saber y, por lo tanto, de las decisiones sobre los cuerpos de las mujeres y de las personas LGTTBI.

¿Por qué afirmamos esto? Primeramente, porque nos permite, por

un lado, comenzar a instalar una concepción diferente de la salud, en donde se consideren igual de importantes a los aspectos psicológico y social con relación al aspecto biológico, instando a pensar abordajes de salud distintos a los tradicionales, lo que constituye un cambio de paradigma en sí mismo. Por otro lado, y comprendiendo que se trata de una situación en donde el eje central son los cuerpos y las decisiones de las mujeres, la causal salud nos interpela, exigiéndonos obligatoriamente una mirada desde la perspectiva de género, para entender por qué es tan necesario que el aborto sea considerado un derecho y, en consecuencia, que devenga en una práctica de salud más en la vida de las mujeres.

En la misma línea de pensamiento, el considerar los costos subjetivos que conlleva sostener la decisión de abortar o de continuar un embarazo no deseado, por un lado, y la forma en la que las condiciones socioeconómicas determinan asimismo esta decisión, por otro, es una manera de relacionar dichas perspectivas de género y de salud integral. En otras palabras, es comprender que la salud es la percepción de bienestar, en tanto física, mental-emocional y social. Si esta percepción se encuentra afectada en cualquiera de aquellos aspectos, entonces hay una afectación de la salud y un potencial daño. En el caso de tener la obligación de continuar con un embarazo no deseado o no planificado, como exige la sociedad patriarcal en la que vivimos, las mujeres se ven expuestas a un sufrimiento no solo psíquico, dado lo que implica atravesar la situación obligada y no deseada de ser madre, sino también a un sufrimiento biológico (ya que el embarazo no es inocuo para el organismo, como ya explicamos anteriormente) y un sufrimiento social, tanto por los gastos económicos como por la maternidad forzada que debe enfrentar.

En el caso contrario, la decisión de interrumpir una gestación también conlleva costos subjetivos a la hora de sostener esa elección, y enfrentar a una sociedad que exige cumplir con el mandato de la maternidad. Esto es resultado, como hemos dicho a lo largo de este ensayo, del hecho de que las prácticas y los derechos concernientes al cuerpo y sexualidad de las mujeres siempre han sido controladas y reguladas por la sociedad capitalista y patriarcal en la que vivimos, tanto desde el Estado (con sus políticas públicas inexistentes, sino dañinas) como desde la sociedad misma, que reproduce y construye modelos estereotipados, en donde los roles de los hombres y las mujeres se encuentran bien delimitados. El aborto siempre constituyó el punto máximo de tensión, ya que encarna en sí mismo la ruptura de todo este sistema opresor y dominador, se trata nada más ni nada menos

que de una práctica en donde ese rol impuesto y exigido, el de ser madre, procrear, poblar, cuidar; esa dominación sobre la vida y el destino de las mujeres se destruye. Creemos que el aborto es la expresión máxima de la emancipación biológica, psicológica y social de la mujer, ya que rompe con las ataduras e imposiciones patriarcales sobre los cuerpos, las subjetividades y la vida de las mujeres, consecuencias de ese deber obligado.

De más está decir la resistencia por parte de este sistema y de su efector, el Estado, que surge frente a esta revolución: la penalización del aborto, y la consecuente muerte de las mujeres que se ven obligadas a realizarse abortos clandestinos, son una condena ejemplificadora que ubica una y otra vez a las mujeres en su rol de madre, y que castiga a quienes se rebelan contra este rol.

Por su parte, la objeción de conciencia frente a las interrupciones voluntarias del embarazo hoy enmarcadas como no punibles dentro del Código Penal es un artificio utilizado por los eslabones más concretos del Estado (l@s profesionales de salud), y es la puesta en práctica de esta resistencia al intento de las mujeres de ser dueñas de sus propios cuerpos. Dado que la objeción de conciencia no es un derecho, sino una excepción, la utilización que hacen de esta aquell@s que niegan la decisión de las mujeres de abortar constituye un abuso de poder, respondiendo a los mecanismos de control de nuestra sociedad patriarcal capitalista.

Observamos, asimismo, que la objeción de conciencia se impone sobre todo en los casos de interrupciones legales enmarcados dentro de la causal salud, lo que muestra claramente que se trata de una estrategia política de disciplinamiento y control sobre los cuerpos y las subjetividades de las mujeres. Lo que sanciona el Estado cuando incluye a la figura de objeción de conciencia en las leyes de salud sexual y reproducción es que las decisiones no son de las mujeres, sino de un poder superior, el del sistema patriarcal.

Por todo esto, y para concluir, creemos que, con el actual marco legal restrictivo, la causal salud es una herramienta estratégica para garantizar el acceso a un derecho fundamental de las mujeres y de toda persona con capacidad de gestar. Es la clave que nos permite cuestionar modelos de salud que son impuestos y que no conducen a mejorar la calidad de vida de las personas, sino por el contrario, que producen un alivio parcial e incompleto de los padecimientos, al dejar afuera aspectos que son esenciales para las vidas de las personas. El aborto, en este sentido, debe ser entendido como una práctica de salud más y la causal salud como la llave que nos dé paso al camino que conduce a la despenalización social y la legalización del aborto.

## Bibliografía

- Alegre, M. (2009). "Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva", en Hoja Informativa, N° 10. Disponible en <http://www.despenalizacion.org.ar>.
- Alegre, M. (2014). "¿Objeción u opresión a conciencia?", en Objeción de Conciencia. Un debate sobre la libertad y los derechos. Seminario Regional, Montevideo: Ed. Cotidiano Mujer.
- Anzorena, C. (2006). "Reflexiones en torno a las sexualidades en las políticas públicas en Mendoza: Las sexualidades esperadas, las invisibles, las excluidas", en Cuadernos FHyCS-UNJu, N° 31:283-300. Mendoza.
- Brown, J. L. (2007). "Ciudadanía de mujeres en Argentina: los derechos - no - reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión". Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires. Disponible en <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/1019#.VdWnSubWKSE>.
- Calvera, L. (1990). Mujeres y feminismo en la Argentina. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Fernández, A. (2012). La Mujer de la Ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Harris, L. (2012). "Reconocer las motivaciones de conciencia en la prestación del aborto", artículo, N Engl J Med 2012; 367:981-983, Septiembre 13
- Irin , (2012), "Abortos peligros en aumento", ver texto en: <http://www.irinnews.org/fr/Report/94705/SANTE-Les-avortements-dange-reux-en-augmentation>.
- Organización Mundial de la Salud (1948) "Constitución de la OMS: Principios", disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- Palma, Z. (2015). "Objeción de conciencia de los médicos frente al aborto: una cuestión política", texto inédito, trabajo presentado en el Foro Debate en la Universidad General Sarmiento, el 24 de agosto de 2015.
- Pitch, T. (2012). "El castigo del aborto voluntario niega la igualdad jurídica entre hombres y mujeres", en Revista Derecho Penal, Año 1, N° 2: 381-383, CABA: Ed. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Rosado Nunes, M. (2006). "Pensando éticamente sobre concepción, anticoncepción y aborto", en Realidades y Coyunturas del Aborto. Entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires: Ed. Paidós.

## Leyes:

- Código Penal de la Nación Argentina, artículo 86.
- CSJN (2012), Fallo “F, A. L. s/medida autosatisfactiva”. Disponible en <http://www.csjn.gov.ar>.
- Ley 25673, Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley 26150, Ley Nacional de Educación Sexual Integral.
- Ley 26485, Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollaren sus relaciones interpersonales.

## Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable:

- Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2015).
- Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación. (Documento de trabajo, 2015).

# Desmedicalizando el aborto: "Donde no hay doctor"<sup>1</sup>

La implementación de la causal salud frente a la (difícil) consideración de las dimensiones psicológica, social y vivencial de la salud

*Ensayista*

---

## Dra. María Flavia Del Rosso

Médica, docente, Promotora Sociocultural. Desde el año 2003 ha colaborado con distintas organizaciones feministas de la sociedad civil. Fue integrante del Equipo de Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe, actualmente trabaja en la Subdirección de Políticas de Géneros e Interculturalidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.



---

1 Recurrimos a esta frase a manera de reconocimiento a lxs autorxs de este entrañable libro de medicina: David Werner, Carol Thuman y Jane Maxwell, quienes junto con el campesinado nicaragüense nos han recordado que ante la ausencia de médicxs es posible construir salud de manera colectiva y reduciendo al mínimo la necesidad de intervención de esta disciplina (The Hesperian Foundation, Editorial Pax, México, 1996).

**E**n nuestro país, y de acuerdo a lo que establece el Código Penal de la Nación (CPN) en su artículo 86 incisos 1 y 2, el aborto es una práctica legal en caso de que sea practicado con el consentimiento de la mujer y que el embarazo sea a “consecuencia de una violación o de un atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente”, causal violación, o que represente “un riesgo para la salud o la vida de la mujer”, causal salud. Exigiéndose como condición para su realización “la firma de un médico diplomado”, ya que requiere de una intervención farmacológica o quirúrgica que, eventualmente, puede generar complicaciones que pongan en riesgo la salud y la vida de la mujer. Además de este documento, los decretos del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, que avalan las Guías y Manuales producidos por el Ministerio de Salud de la Nación, y el fallo del caso “F, A. L. s/medida autosatisfactoria”<sup>2</sup> han instalado un marco legal que habilita a la mujer interrumpir su embarazo en caso de que así lo desee y sin establecer para ello límites en la edad gestacional, siempre con el acompañamiento de un equipo de salud.

Encuadrando a la salud dentro de la definición de la OMS<sup>3</sup>, que la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es evidente que la decisión de una mujer de llevar adelante la interrupción de la gestación es un hecho complejo que está atravesado por múltiples variables. Por un lado, las dimensiones física, psíquica y social, que conforman el estado de salud-enfermedad, y pueden ser examinadas por diferentes disciplinas. Por otro lado, la que aquí se menciona como dimensión vivencial, que atañe a los saberes que originan la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y el cuidado, y que no siempre son pasibles de constatarse, comprenderse y validarse, a través de las disciplinas provenientes de las ciencias biológicas, sociales y/o el campo psi. A esta dimensión, que solo puede ser valorada por cada persona, pertenece la interpretación y la estimación del bienestar y del riesgo asumible para alcanzarlo o preservarlo, aceptando además que riesgo alude a la posible ocurrencia de una enfermedad o daño como motivo suficiente para implementar la causal, sin que sea necesaria su constatación.

Pero, ¿qué ocurre cuando no hay doctor que acepte avalar, con su

2 Donde se establece que “es siempre el Estado, como garante de la administración de la salud de la población argentina, quien tiene la obligación de poner a disposición para llevar a cabo la interrupción de manera rápida, accesible y segura” (Ministerio de Salud de la Nación, Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, 2015).

3 Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

firma, el acceso a ese derecho? En este sentido, el marco legal presenta algunos aspectos contradictorios que merecen ser considerados, ya que por un lado, si bien se exige la participación de un “médico diplomado”; al posicionarnos en la definición de salud, mencionada anteriormente, es evidente la necesidad –y en muchos casos, prioridad– de aquellos otros saberes (o saberes-otros) en la evaluación de la situación. Sin embargo, ratifica en última instancia la hegemonía médica, estableciendo aquel requisito como condición sine qua non, a pesar de que, en teoría amplia, el marco de derechos no genera per se la posibilidad de un desplazamiento del poder desde el “médico diplomado” hacia otras disciplinas y/o hacia la mujer que decide interrumpir su gestación.

Una posibilidad, para atenuar este proceso, sería la apropiación de las herramientas conceptuales que ofrece la causal salud (definición de riesgo, bienestar y salud) por parte de profesionales más familiarizadxs con los aspectos psíquicos y sociales de la salud, y la voluntad política de proveerles la autoridad necesaria para colocarse en un plano de igualdad con el poder médico. Otra, la garantía del acceso universal al misoprostol para interrumpir la gestación de manera autónoma, práctica en que las organizaciones feministas poseen una vasta experiencia de legitimación y acompañamiento de las mujeres.

Pero, ¿Cuál es el posicionamiento del Estado respecto a estas alternativas? ¿Qué posibilidades existen para que las mujeres puedan decidir un aborto tal como lo contempla el marco más amplio del derecho a la salud? ¿Quiénes tienen la facultad de acompañarlas en esta decisión? ¿En qué ámbitos? ¿Con qué herramientas? ¿Bajo qué riesgos? ¿Qué estrategias se dan las ciudadanas cuando el Estado legaliza, pero no autoriza, y a quién debería tomar la decisión no se le concede la autoridad para hacerlo? ¿Es el aval médico condición suficiente y/o necesaria para la interrupción del embarazo dentro de un marco de legalidad?

## I. La participación médica, ¿condición suficiente? Valoración de las dimensiones psíquica, social y vivencial en la producción de salud

“(A la mujer que solicita una ILE ) la psicóloga ya le hizo el informe de causal salud psíquica, pero el doctor no le quiere firmar la receta”.

“La doctora me hizo venir como cinco veces y al final terminó

diciéndome que ella no hace abortos”.

“Le hacemos todo el informe y la mujer firma el consentimiento informado; pero cuando la mandamos al hospital, ‘la rebotan’ diciéndole que ahí no hacen abortos, que eso es ilegal y la pueden llevar presa”.

“El director del servicio me dijo que mientras él esté, en su servicio no se van a hacer estas prácticas”.

“A las 8 semanas (de gestación) la vio por primera vez un colega del hospital y no le quiso hacer la interrupción. Desde entonces, pasó por tres efectores diferentes y nadie le dio una respuesta. Ahora vuelve al centro de salud con 21 semanas, y en el hospital no la quieren recibir”.

Es frecuente que entre los equipos de salud y entre las mujeres que han solicitado alguna vez la interrupción de un embarazo surjan reclamos ante la ausencia o la negativa rotunda de profesionales médicos en el acompañamiento de estos procesos. Lo cual, por otra parte, no siempre está relacionado con una objeción de conciencia formulada en un marco de legalidad, sino con una objeción de hecho realizada de palabra entre sus compañerxs<sup>4</sup>.

Son muchxs los profesionalxs que, respaldados en las leyes, garantizan este derecho, fundamentalmente en el primer nivel de atención, lo cual limita su accionar en gestaciones sin riesgos menores a 12 semanas. Pero su trabajo se ve obstaculizado por quienes se niegan no solo a realizar la práctica quirúrgica, sino también a brindar información o el medicamento para que la mujer pueda realizar la interrupción de manera autónoma y en condiciones seguras. Algunas de las estrategias más utilizadas para ello son la amenaza de judicialización y la demora del acceso a la práctica, permitiendo que el embarazo avance hasta que no pueda luego realizarse la intervención. De este modo, se atenta contra los principios rectores para la realización de ILE<sup>5</sup>: accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad/rapidez y transparencia activa. A medida de que progresa la gestación, no solo se hace más difícil la situación de la mujer, que se expone a un riesgo mayor, sino que se perjudica a lxs colegas que deben realizar un procedimiento mucho más complejo y eventualmente resolver complicaciones más graves.

Posicionándonos en la definición de salud de la OMS, el hecho de acompañar la decisión de una mujer de llevar adelante la interrupción de su embarazo exige necesariamente problematizar, desde la perspectiva de derechos, algunos de los rasgos estructurales del modelo

---

4 Párrafo aparte merece falta de políticas claras para sancionar estos actos de ilegalidad.

5 Ministerio de Salud de la Nación, 2015. (óp. cit).

médico hegemónico<sup>6</sup>, que producen estas tensiones entre legalidad y autoridad<sup>7</sup>; a saber:

- Asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor: ya que la decisión le corresponde enteramente a la mujer, única capaz de definir el estado de completo bienestar que hace a su salud y el riesgo que esté dispuesta a soportar para seguir adelante, o no, con su embarazo.

- Biologicismo e identificación con la racionalidad científica: al instalar la necesidad de considerar las dimensiones social y psíquica de la salud en plano de igualdad con su aspecto físico, se desplaza hacia otros saberes la autoridad para respaldar la decisión de la persona. El menoscabo que ese embarazo no deseado pueda generar en los aspectos de su salud tanto sociales —o pérdida de vínculos, obstaculización del proyecto de vida, empobrecimiento económico, etc.— como psíquicos —manifestado generalmente como angustia de diversa magnitud— se transforma en un argumento tan válido como el riesgo de lesión de un órgano o un sistema orgánico.

- Legitimación jurídica: si bien en el artículo 86 del CPN se establece la necesaria participación de un médico diplomado al momento de realizar la interrupción del embarazo encuadrada en el causal salud, esto se transforma en una limitación en caso de que este profesional se niegue a intervenir. Dado que la firma médica debe ir acompañada por el consentimiento de la mujer, y la información necesaria para encuadrar el acto en la causal salud no es condición suficiente para avalar la práctica. Sin embargo, cuando la normativa subordina a aquella el peso de estos otros saberes, igualmente calificados para evaluar el riesgo de salud, se vulneran los derechos que esta misma normativa pretende salvaguardar. Aparece entonces una importante contradicción al otorgarle a un tercero la posibilidad de determinar una decisión en

---

6 Tomando la definición de Eduardo Menéndez, entendemos como tal “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.”

7 Considerándola en las cuatro primeras acepciones de la Real Academia Española: Autoridad. (Del lat. auctor-tas, --tis). 1. f. Poder que gobierna o ejerce el mando, de hecho o de derecho. 2. f. Potestad, facultad, legitimidad. 3. f. Prestigio y crédito que se reconoce a una persona o institución por su legitimidad o por su calidad y competencia en alguna materia. 4. f. Persona que ejerce o posee cualquier clase de autoridad. (Diccionario de la R.A.E., disponible a octubre de 2015 en <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=sL1nFpaADXX2mNuxt0>).

un marco en que la única persona capacitada para hacerlo es la mujer, plasmando esta decisión en el consentimiento informado, lo cual lo autoriza para transformar en ilegal una práctica legal<sup>8</sup> y atentar contra la definición de salud, los principios de la bioética y el marco de derechos en que se posicionan las políticas públicas. Sin embargo, si se considera lo establecido por el Código Penal dentro de este contexto más amplio, la participación médica no debería ser interpretada como una limitante<sup>9</sup> para que la mujer acceda a la práctica, sino que constituye un requisito ineludible para estxs profesionales, como garantes de que la persona ha encontrado un referente de esta disciplina dentro del sistema de salud, pudo elegir la manera en que se realizará la práctica y está en conocimiento del tratamiento o la intervención que se llevará adelante, hecho que es avalado además por su firma en el consentimiento informado.

Por otra parte, cualquier actuación técnicamente adecuada, desde el punto de vista biomédico, dejaría de serlo al atentar contra las dimensiones psíquica y social —y a la larga, física, considerándolas desde una perspectiva integral—, transformándose así en una mala praxis por no contemplar la integralidad del sentido en que en esa persona, en particular, cobran los diferentes aspectos de la salud. La participación médica, desarticulada de otros saberes y contraria a la necesidad de la mujer, no es, por lo tanto, condición suficiente para dar respuesta a la existente complejidad que resulta tomar la decisión de interrumpir la gestación.

Pero aún se hace necesario revisar en qué medida es condición necesaria para garantizar el acceso a la práctica de una ILE, es decir, ¿en qué argumentos se sostiene la exigencia de que sea un médicx quien posibilite, o no, el procedimiento? Y, lo más importante, ¿cuál es el verdadero riesgo que conlleva a que las mujeres lo realicen por su cuenta?

---

8 La Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN, 2012: considerando 21) estableció que quien se encuentre en las condiciones descritas en el art. 86 inc. 2 del Código Penal “[...] tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del (embarazo) ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible”.

9 Ni siquiera en caso de que el/la profesional está registradx como objetor/a de conciencia, ya que en esta situación las leyes exigen que se brinde toda la información necesaria y se refiera personalmente a la mujer a quien sí pueda asistirle.

## II. La participación médica, ¿condición necesaria? Experiencias de las mujeres en la interrupción del embarazo mediante el uso off label<sup>10</sup> de misoprostol

La modalidad seleccionada para realizar la interrupción, al generar distintos niveles de riesgo, sin dudas influye en la distribución de poder entre la mujer que toma la decisión y lxs profesionales que la acompañan. Mientras que la intervención quirúrgica, mediante la AMEU (Aspiración Manual Endouterina)<sup>11</sup> o legrado<sup>12</sup>, es sin dudas la que más requiere de la participación médica, aunque técnicamente podría ser realizada por personas convenientemente capacitadxs<sup>13</sup> o por otrxs profesionales como enfermerxs u obstétricas, la utilización adecuada de misoprostol permite minimizar la necesidad de recurrir a ella, reduciendo además los riesgos y costos de la intervención.

El misoprostol es un análogo de las prostaglandinas inicialmente indicado para el tratamiento de la úlcera péptica, especialmente en la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. Su presentación comercial asociada al Diclofenac permite disminuir la afección gástrica que este puede generar al utilizarlo de manera continuada, pero al igual que otras drogas<sup>14</sup>, se utiliza también fuera del prospecto; aunque no ha sido diseñado para la interrupción de la gestación, en dosis ade-

---

10 Off label “fuera de la prescripción” es la prescripción de un fármaco en una manera diferente a la aprobada, ya sea para una indicación distinta, para un subgrupo de pacientes distintos o con diferente posología (ejemplos: corticoides antenatales, AAS en prevención secundaria de eventos cardiovasculares). En la mayor parte de los países, el uso off label de medicamentos aprobados no está regulado, pero es legal. Las Agencias Sanitarias, como la FDA (EE. UU.), EMA (Europa), ANMAT (Argentina) o ANVISA (Brasil), fueron concebidas para regular el etiquetado, comercialización y distribución de drogas, sin involucrarse en las decisiones relacionadas con el criterio de los profesionales (J.P. Real, and S.D. Palma Haya de la Torre y Medina Allende).

11 Procedimiento mediante el cual se aspira el contenido del útero a través de una cánula conectada a un sistema generador de vacío.

12 El legrado corresponde a un “raspado” interno de la cavidad uterina. Es un método que en muchos lugares sigue empleándose en la actualidad, si bien la superioridad de la AMEU en todo sentido ha sido ampliamente demostrada.

13 Se sugiere la lectura de la maravillosa experiencia de conformación de un colectivo solidario de mujeres para la realización de abortos en Chicago, USA, en los años 70, llamada “Jane”. Relatada en “Vos Llamá a Jane”, Gerber Fried, Marlene (comp.). Traducción al castellano: Gabriela Adelstein, Buenos Aires, 2013.

14 Corticoides antenatales, aspirina en la prevención cardiovascular secundaria, son drogas que también se utilizan exitosamente con fines diferentes a aquellos para los cuales fueron ensayadas inicialmente.

cuadas, su efecto sobre el tejido uterino estimula las contracciones y el tono, y genera maduración del cérvix, favoreciendo la expulsión de su contenido. Si bien la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) lo aprobó dentro de un Plan de Manejo de Riesgos, exclusivamente para uso hospitalario en una presentación de 25 mcg –dosis utilizada para inducir el parto en embarazos de término–, existen fundamentos científicos, legales y éticos que respaldan su utilización en dosis mayores para la interrupción legal del embarazo.

## Fundamentos científicos:

Es un método seguro y eficaz. Se almacena a temperatura ambiente, se puede administrar de diversas maneras, y su vida media es prolongada. La tasa de éxito para obtener un aborto completo, que no requiera de otra intervención, es cercana al 90%, ya sea que se emplee en gestaciones del primer o segundo trimestre del embarazo.

La Organización Mundial de la Salud incluye el misoprostol dentro de los métodos para ser utilizados hasta las 12 semanas de gestación, agregándolo, en el año 2005, a su lista de medicamentos esenciales.

El Ministerio de Salud de la Nación, en su versión de 2010, considera que “La mifepristona<sup>15</sup> seguida de una prostaglandina o la prostaglandina sola han demostrado ser regímenes seguros y efectivos hasta las 12 semanas completas”. En este y posteriores documentos brinda, además, diferentes pautas para su administración.

## Fundamentos legales:

En la provincia de Santa Fe existen normativas que avalan los documentos elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación para la interrupción del embarazo, en los que se promueve la utilización de este medicamento y garantizan su provisión gratuita en todos los efectores públicos. Entre ellas se encuentran las siguientes:

Ley provincial 12978/2009 establece: “Declárase aplicable en los efectores públicos de salud de la Provincia, la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post-Aborto, aprobada por la Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación” (art. 1).

La Resolución 612/2012 (modificatoria de la Resolución 887/2009) del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, que adhiere a todo

---

<sup>15</sup> Fármaco no disponible para su comercialización libre en Argentina.

lo dispuesto en la Guía Técnica de Atención Integral a los Abortos No Punibles en su versión actualizada de 2010.

La Resolución 2260/2013 del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe que establece la disponibilidad de Oxaprost (misoprostol 200 mcg + diclofenac 50 o 75 mg) para la interrupción legal del embarazo, en los efectores de salud pública de la provincia.

## Fundamentos éticos:

La indicación de misoprostol para la ILE es acorde a los principios de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia, equidad.

Principio de autonomía: al ser una medicación accesible, estable a temperatura ambiente, con diferentes vías de aplicación y de bajo costo, incrementa la autonomía de la mujer, ya que le permite, en gestaciones sin riesgos menores a 12 semanas y sin contraindicaciones, administrárselo de manera personal.

Principio de no maleficencia: da respuesta a la necesidad de realizar esta práctica para preservar la salud integral (bio-psico-social), determinada previamente mediante la evaluación riesgo-beneficio hecha con la mujer.

Principio de beneficencia: “El uso del misoprostol ha tenido un papel trascendental en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas al aborto inseguro” (FLASOG, 2013 ). Además de preservar la salud de la mujer, su utilización oportuna evita que deba exponerse a métodos cruentos y/o a los riesgos de una interrupción a edades gestacionales avanzadas. Y en caso de no completarse el proceso, prepara el cuello para realizar posteriormente AMEU con mayor facilidad.

Principio de justicia: garantiza el acceso a un derecho establecido en la ley.

Principio de equidad: su provisión gratuita en el sistema público garantiza que todas las mujeres puedan acceder a la interrupción, y no solo aquellas que están en condiciones de pagar por una intervención quirúrgica, una receta o adquirir la medicación en el circuito ilegal.

Por otra parte, revisando algunas cifras, se hace evidente que la mayoría de las ILE se realizan actualmente por fuera del sistema hospitalario, mientras Mario y Pantelides informaban en el 2009 que en la Argentina se realiza un promedio de 446 mil<sup>16</sup> por año, en el 2011, el

<sup>16</sup> Textualmente, “entre 370 y 522 mil” (citado en el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo).

Ministerio de Salud se refería 47879 egresos hospitalarios por aborto –independientemente de que sean provocados o espontáneos–, lo que evidencia que solo un 10% del total de estos casos ha requerido internación. Estos datos respaldan lo habitual de la interrupción legal del embarazo utilizando esta droga, tanto en el primer nivel de atención como por fuera del sistema de salud. En estos contextos, el misoprostol puede ser, y generalmente es, autoadministrado. Como ya se mencionó, tanto su baja tasa de complicaciones como sus características químicas y las diferentes vías para su aplicación, lo hacen un método seguro y fácil para utilizar de manera ambulatoria en gestaciones de bajo riesgos menores de 12 semanas<sup>17</sup>. Si bien los factores de riesgo son relativamente fáciles de evaluar antes de su administración<sup>18</sup>, y los signos que alertan de complicaciones posteriores a su uso<sup>19</sup> –que además son infrecuentes si aquellos son bien valorados– son evidentes y dan tiempo para solicitar ayuda médica cercana, es posible minimizar aún más esta posibilidad, sugiriéndole a la mujer que concurra al servicio de salud una vez que el aborto está en curso<sup>20</sup>. Además, su utilización por vía subyugal o sublingual y, en ocasiones, vaginal, es indetectable mediante cualquier tipo de análisis o procedimiento, lo cual puede preservar a las mujeres de la violencia institucional y el habitual hostigamiento del que son víctimas al solicitar ayuda profesional en estas situaciones.

Toda la información necesaria para realizar esta práctica está disponible en diversos sitios de rápido acceso a través de Internet, y de fácil comprensión para cualquier persona alfabetizada con un mínimo de conocimientos de búsqueda en la Web. Por esos motivos, la interrupción con misoprostol, asociado o no a mifepristona, viene siendo larga-

17 Si bien el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo considera que puede hacerse ambulatorio antes de las 9 semanas y entre las 9 y 12 semanas, recomienda “evaluar cada caso en particular”; en los efectores que garantizan el derecho a la salud (y en las organizaciones que brindan acompañamiento) esto se realiza habitualmente. Por lo que en general, se lo usa de manera ambulatoria, refiriéndose al hospital las gestaciones mayores a 12 semanas y/o donde existen factores de riesgo o complicaciones que requieren alguna intervención de mayor complejidad (aborto incompleto o hemorragia, etc.).

18 Cesáreas previas numerosas o recientes, antecedentes de embarazo ectópico, alergia a los antiinflamatorios no esteroides, hepatopatía grave, problemas de la coagulación, presencia de DIU, anemia grave o tratamiento prolongado con corticoides, son datos que en su mayoría pueden ser evaluados por la misma mujer y la eventual ayuda de una ecografía.

19 Hemorragia abundante, dolor intenso, complicaciones infecciosas.

20 Esta estrategia es utilizada también para evitar que en el hospital se detenga la interrupción por métodos farmacológicos.

mente realizada por mujeres que, ante la falta de acompañamiento y protección estatal, se vieron obligadas a recurrir a sus propios medios y conocimientos.

Afortunadamente, son numerosas las organizaciones que les brindan ayuda ante este desamparo, toda una trama de solidaridades y experiencias sostiene a quienes deciden ejercer su derecho de interrumpir una gestación, evitando el negocio y el maltrato. Si en otras épocas “la amenaza de la hoguera erigió barreras formidables alrededor de los cuerpos de las mujeres”<sup>21</sup>, que permitieron subyugarlo a los mandatos patriarcales del capitalismo, esto no impidió que las herederas del legado de las brujas, muchos siglos después, comenzaran a desarrollar una política del acompañamiento para acudir en ayuda de aquellas ciudadanas a las que el Estado les niega el acceso a una práctica legal. En conocimiento de que la “diferencia entre una buena experiencia y una mala reside en la cantidad de información y control que tenemos, y en el respeto que recibimos”<sup>22</sup>, aporta sus saberes, intentando despojar de dramatismo a la situación y brindar seguridad mediante su presencia activa, para que las mujeres atraviesen su decisión de una forma cuidada. Llegando a quienes soliciten su ayuda, a través de acciones articuladas, comprometidas y creativas, les posibilitan por diferentes medios el acceso a los siguientes derechos sexuales:

- Derecho a la información confiable y veraz: facilitándola a través de página Web, blogs, y publicaciones gráficas, y/o utilizando la consejería personalizada, cara a cara o por correo electrónico, teléfono, mensajes de texto, Whatsapp, etc.

- Derecho a acceder a los servicios de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción: facilitando el acceso a una práctica segura a través de distintos medios, desde la entrega persona a persona hasta el uso de un drone<sup>23</sup> capaz de atravesar las fronteras internacionales, llevando comprimidos de misoprostol, o navegando con un barco<sup>24</sup> a países donde el aborto es ilegal para sortear la aplicabilidad de la legislación penal nacional, realizando la práctica por fuera de las aguas territoriales.

En nuestro país, las feministas organizadas en Socorristas en Red, La Revuelta, y Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, apoyadas a su vez en una red de organizaciones y profesio-

21 Federici, Silvia. En entrevista publicada en “Las 12”: “Call Jane”, óp. cit.

22 “Call Jane”, óp. cit.

23 Extraído de: <http://www.womenonwaves.org/es/page/5832/first-flight-abortion-drone>

24 Extraído de: <http://www.womenonwaves.org/es/page/2582/in-collection/2604/ship-campaigns>

nales, han generado diferentes estrategias para rescatar a las mujeres del territorio de lo ilegal, clandestino, individual y privado a que se las condena, transformando el aborto en una práctica política autorizada, pública y colectiva. En al menos 16 provincias y durante el año 2014, Socorristas en Red respaldó a 1.650 mujeres que decidieron abortar con misoprostol; el 94% lo hizo en su domicilio, y del 16% que debió acudir a una guardia médica, solo el 25% requirió internación. La experiencia de esta y otras organizaciones con relación a la frecuencia con que se realiza el procedimiento, la disponibilidad de los conocimientos necesarios y los sencillos recursos que habitualmente requiere, deja en evidencia que si el saber biomédico no es suficiente para llevarlo a cabo adecuadamente, tampoco es necesario.

No se pretende con este planteo desestimar la importancia de una adecuada evaluación clínica del procedimiento, pero sí reconocer que, en la mayoría de las ocasiones, es suficiente la que puedan realizar las mismas mujeres con un asesoramiento oportuno, de calidad y una escucha abierta, capaz de detectar riesgos y complicaciones que permita brindar la ayuda adecuada. Y que, paradójicamente, su medicalización<sup>25</sup> es lo que genera la ilegalidad que promueve su criminalización.

La ausencia de estos profesionales, salvaguardada en la contradicción legal que en última instancia sostiene el modelo médico hegemónico, ha dejado en evidencia que son las mismas mujeres quienes tienen, en los hechos, el poder de decisión; por lo que es factible y necesario poner a su alcance los saberes y recursos para actuar correctamente en la realización de un aborto. Esto obliga a preguntarse qué leyes y políticas se deben generar para autorizarlas frente al monopolio biomédico del poder-saber-hacer y legitimar los aportes de otras disciplinas en la definición del concepto de salud.

Frente a esto quedan pendientes una serie de interrogantes, ¿De qué manera y con qué firmeza el Estado ratifica la importancia de las dimensiones psicológica, social y vivencial en la implementación de la causal salud? ¿Cómo interpela al poder médico con relación a su deber de garantizar el acceso a este derecho? ¿Qué vínculos entre este y el Estado sostienen la medicalización de la ILE? ¿Qué obstáculos existen para su desmedicalización? ¿Qué ventajas representaría para el sistema de salud la articulación con organizaciones civiles, democratizando saberes y recursos? ¿Qué condiciones son necesarias para generarla?

Si verdaderamente, y citando a Michel Foucault, el "poder no se posee ni se comparte, sino que se ejerce, será solo mediante la decisión política de 'estar ahí', con la escucha, la voz y/o la presencia"<sup>26</sup>, que engendremos las respuestas.

---

25 Entendiendo como tal la exigencia de la participación médica como condición sine qua non para su realización.

26 Parodi, Camila. 2015.

## Bibliografía

- Castro, N. "De la caza de brujas a la prohibición del aborto". Disponible a octubre de 2015 en <http://www.carrodecombate.com/2014/04/08/caza-brujas-prohibicion-aborto/>.
- Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Tercera edición, año 2013. Disponible a octubre de 2015 en <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2013/12/Uso-de-misoprostol-en-obs-tetricia-y-ginecolog%C3%ADa-FLASOG-2013.pdf>.
- Gago, V. "Cuentos de brujas". Entrevista a Silvia Federici. Publicada en Las 12, edición del viernes 15 de abril de 2011. Disponible a octubre de 2015 en <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-6441-2011-04-15.html>.
- Gerber Fried, M. (comp.). From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement. "Call Jane": South End Press Collective, 1990, pág. 93. Traducción al castellano: Adelstein, G. Buenos Aires, 2013. Disponible a octubre de 2015 en <http://www.rimaweb.com.ar/articulos/2013/just-call-jane/>.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). Primera edición, agosto de 2008. Disponible a octubre de 2015 en <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/152/libroCausalSalud.pdf?sequence=1>.
- Colectivo Feminista "La Revuelta": Página web de la organización disponible a octubre de 2015 en: <http://larevuelta.com.ar/>.
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. Página web de la organización disponible a octubre de 2015 en: <http://www.abortoconpastillas.info/>.
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (comp.). Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires, 2012. Disponible a octubre de 2015 en <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Manual-abortoconpastillas.pdf>.
- Menéndez, E. L., "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria": Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, 1988. Disponible a octubre de 2015 en [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf).

- Ministerio de Salud de la Nación. Guía Técnica de Atención Integral a los Abortos No Punibles, Disponible a octubre de 2015 en [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=562:guia-tecnica-atencion-abortos-no-punibles&catid=712:—salud-materna-y-perinatal&Itemid=287](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=562:guia-tecnica-atencion-abortos-no-punibles&catid=712:—salud-materna-y-perinatal&Itemid=287).
- Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Buenos Aires, 2015. Disponible a octubre de 2015 en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>.
- Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la Atención Integral de Mujeres que Cursan un Aborto. Buenos Aires, 2015. Disponible a octubre de 2015 en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Ley Provincial 12978/2009. Disponible a octubre de 2015 en [www.santafe.gov.ar](http://www.santafe.gov.ar).
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Resolución 612/2012 (modificatoria de la Resolución 887/2009). Disponible a octubre de 2015 en [www.santafe.gov.ar](http://www.santafe.gov.ar).
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Resolución 2260/2013. Disponible a octubre de 2015 en [www.santafe.gov.ar](http://www.santafe.gov.ar).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto sin riesgo: Guía Técnica y de políticas para sistemas de salud. Año 2003. Disponible a octubre de 2015 en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43391/1/9275324824\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43391/1/9275324824_spa.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico. Año 2008. Disponible a octubre de 2015 en <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/318>.
- Parodi, C. "Parteras de nuevos feminismos": Socorristas en Red. Disponible a octubre de 2015 en [revistafurias.com/parterasdenuevosfeminismos2/?print=print](http://revistafurias.com/parterasdenuevosfeminismos2/?print=print)
- Real, J. P.; Haya de la Torre, S. D.; Medina Allende. "Implicancias farmacoterapéuticas y legales del uso off label de medicamentos: el caso del uso oftálmico de los anti-VEGF en Argentina". Año 2013. Disponible a octubre de 2015 en <https://vision2020la.wordpress.com/2013/07/07/implicancias-farmacoterapeuticas-y-legales-del-uso-off-label-de-medicamentos-el-caso-del-uso-oftalmico-de-los-anti-vegf-en-argentina/>.

- Siurana Aparisi, J. C. "Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural". Veritas n.22. Valparaíso, mar. 2010. Disponible a octubre de 2015 en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-92732010000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-92732010000100006&script=sci_arttext).
- Socorristas en Red. Blog de la organización disponible a octubre de 2015 en: <http://socorristasenred.blogspot.nl/>.
- Socorristas en Red. Declaración de la 3º Reunión Plenaria Nacional de Socorristas en Red (Feministas que abortamos). Año 2014. Disponible a octubre de 2015 en <http://socorristasenred.blogspot.com.ar/2014/08/declaracion-de-la-3era-reunion-plenaria.html>
- Socorristas en Red. Declaración de la 4º Reunión Plenaria Nacional de Socorristas en Red (Feministas que abortamos). Año 2015. Disponible a octubre de 2015 en <http://socorristasenred.blogspot.com.ar/2015/04/declaracion-de-la-4ta-reunion-plenaria.html>.
- Women On Waves. Página web de la organización disponible a octubre de 2015 en: <http://www.womenonwaves.org/es/>.

