

Acceso y calidad de atención de la salud sexual y reproductiva e Interrupción legal del embarazo en Monte

1º Informe de Monitoreo Social de Centros de Atención Primaria y Secundaria de la Salud



Realizado por FUSA AC en colaboración con Vivas, colectiva feminista:

Equipo de trabajo

Encuestas y observaciones:

Josefina Procaccio, Zulma Molina, María de los Milagros Ríos Miguenz, Rocío Baza, Florencia Abeledo, María Carmen Lamothe Coulomme, Carolina Ortiz Maldonado, Luciana Turlione, Valeria Manzanelli, Sandra Gianolli, Nayla Rondina, Vivian Paoelli, Camila Giuliano, Natalia Raigorodsky, Pamela Borges, Trinidad Loyola y Cintia Orellana.

Coordinación de Trabajo de campo

Lic. Cintia Orellana (Vivas, colectiva Feminista)

Redacción del informe:

Lic. Cintia Orellana (Vivas, colectiva Feminista) y Lic. Florencia Maffeo (Área de incidencia Política, FUSA).

Coordinación de Proyecto:

Lic. María Alicia Gutiérrez (Coordinadora del Área de incidencia Política, FUSA) y Lic. Florencia Maffeo (Área de incidencia Política, FUSA).

Junio 2020

Introducción




El monitoreo social es una herramienta de investigación social que tiene como objetivo generar información, producir conocimientos y, en el mismo proceso generar aprendizajes, con la particularidad de que se construye además como una manera de interpelar a organizaciones sociales, personal del sistema de salud, a decisores/as políticos y a las mismas usuarias del sistema. El monitoreo con sus herramientas de construcción de datos- encuestas, entrevistas y observaciones- tienen un primer efecto de fomentar preguntas y reflexiones en estas personas, y luego, la presentación del análisis de los datos, genera un segundo efecto al fomentar la transformación en las prácticas de atención, por lo que la consideramos una propuesta de **investigación-acción** política. Ya que permite tener el conocimiento cabal del rumbo de una política y/o programa, el grado de implementación y los cambios que se pueden realizar para su mejoramiento. En este informe, intentamos visibilizar los primeros análisis y resultados de esta experiencia.

El diseño de un sistema de monitoreo se basa en la planificación operativa y requiere de determinadas actividades: conformar el equipo, estructurar los requerimientos de información acorde a quien va dirigido, ubicar las fuentes de la información, aplicación y definición de los instrumentos de recolección. Un punto clave es la sistematización y análisis de la información recogida que permite una devolución y retroalimentación a los equipos. Por otro lado, los resultados del monitoreo son un elemento clave para la tarea de evaluación, así como el análisis de los recursos y las intervenciones que se vienen realizando en el sistema de salud. En la misma línea “el monitoreo permite, además de poner de manifiesto soluciones problemáticas y de aportar pistas para identificar causas y posibles soluciones, detectar señales de alarma que serán insumo para la evaluación” (De Virgilio y Solano, 2012). Tal es así que el monitoreo y la evaluación cumplen un rol central dentro del desarrollo de las políticas públicas y los programas. Este proceso continuo y permanente donde evaluamos que los resultados obtenidos cumplan con lo planificado en dichas políticas nos permite “detectar a tiempo eventuales diferencias, obstáculos o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución” (SIEMPRO y UNESCO, 1999 citado en De Virgilio y Solano, 2012).

El presente monitoreo de servicios de salud sexual y reproductiva en el municipio de Monte, Pcia. de Buenos Aires, es parte de un proyecto Aborto Legal Ya! financiado por IPPF/ RFSU que realizamos desde el año 2015 y que consiste en monitoreos sociales, talleres con grupos de mujeres y capacitación a profesionales de la salud, para colaborar en el acceso a abortos legales y seguros y salud sexual y reproductiva. En esta oportunidad, el monitoreo ha tenido como objetivos principales:

- Observar el acceso a la salud sexual y reproductiva en el sistema público de salud del distrito de Monte.
- Indagar acerca de los conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos y métodos anticonceptivos que tienen las usuarias de los servicios de salud, y sus opiniones acerca de la atención de salud sexual y reproductiva.
- Analizar las formas de trabajo y articulación de los/as profesionales de la salud, y el nivel de conocimiento sobre la normativa vigente, en particular, sobre interrupción legal del embarazo.
- Construir herramientas y estrategias para mejorar la capacidad de los equipos de salud para responder a las demandas de ILE y de acceso a la salud sexual y reproductiva.
- Sensibilizar a las usuarias sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El presente monitoreo se realizó durante el mes de noviembre y diciembre de 2019 en el Hospital Provincial Zenón Videla Dorna en el mes de febrero y marzo de 2020 en 6 centros de atención primaria. El monitoreo consistió en la realización de observaciones de los servicios, encuestas a usuarias, y entrevistas a profesionales de la salud de las salas y Hospital y responsables de la subsecretaría de prevención y promoción de la salud como a directivos del Hospital. Las observaciones y encuestas fueron realizadas por diecisiete mujeres pertenecientes a Vivas, colectiva feminista¹, que se capacitaron en salud sexual y reproductiva y en la aplicación de las técnicas de producción de datos. Estas herramientas se aplicaron en los


1. La colectiva feminista 'Vivas' se creó a principios de 2017 en San Miguel del Monte, un pueblo de la provincia de Buenos Aires, con el propósito de luchar por el empoderamiento de las mujeres, la expansión de sus derechos y la igualdad de género, visibilizando y denunciando las violencias que nos atraviesan en lo cotidiano. De esta manera, empezaron a tejer lazos entre la colectiva y otras mujeres, lesbianas, trans, travestis y no binaries.

Según sus integrantes, eligen dicho nombre ya que las atraviesa por su polisemia: *"decimos 'vivas' nos queremos, sumándonos al grito colectivo del #NiUnaMenos contra la violencia machista y la abrumadora*

servicios de salud: Hospital Zenón Videla, Unidad Sanitaria Barrio Unidad, Unidad Sanitaria Barrio Esperanza, Unidad Sanitaria Barrio Coppola, Unidad Sanitaria Barrio San José, Unidad Sanitaria Berra, Unidad Sanitaria Abbott. Los servicios de salud se eligieron teniendo en cuenta los siguientes criterios: tener cierto grado de representación territorial, conocimiento sobre los servicios con consejería pre y post aborto y aquellos que no tienen este tipo de dispositivo, el perfil de la población que concurre a los centros de salud; teniendo en cuenta las referencias brindadas por la subsecretaría de salud, los criterios de las monitoreantes que viven en los barrios y parajes, y los conocimientos sobre el funcionamiento de algunos servicios de salud que tenía la coordinadora del trabajo de campo.

Agradecimientos:

En primer lugar, agradecemos el trabajo de realización de observaciones y encuestas a Josefina Procaccio, Zulma Molina, María de los Milagros Ríos Miguenz, Rocío Baza, Florencia Abeledo, María Carmen Lamothe Coulomme, Carolina Ortiz Maldonado, Luciana Turlione, Valeria Manzanelli, Sandra Gianolli, Nayla Rondina, Vivian Paoelli, Camila Giuliano, Natalia

cantidad de femicidios que se lleva este patriarcado de los cuales el Estado es responsable, como también lo es por cada mujer muerta por un aborto clandestino, y declaramos entonces que no estaremos todas vivas hasta que el aborto sea legal por cualquier causal, seguro y gratuito iqueremos soberanía sobre nuestros cuerpos!; nos sentimos 'vivas' cada vez que somos más libres, que nos reconocemos como sujetas políticas y autoras de nuestras propias vidas, pudiendo vivir plenamente las identidades que hemos forjado; estamos llenas de pulsión de vida cada vez que salimos a las calles a reclamar por nuestros derechos y cuando nos empoderamos junto a otras y otras que comparten nuestra lucha; estamos 'vivas' cuando luchamos ardidamente por la separación de la Iglesia del Estado; ser 'vivas' es también para nosotras rechazar la idea de seguir reproduciendo el statu quo, abriarnos a la transformación y a la deconstrucción de manera incesante, desde bien niñes con una Educación Sexual Integral en las escuelas, para romper desde los inicios con los estereotipos y roles patriarcales, con la desinformación y la falta de conocimiento de nuestros cuerpos, identidades y derechos”.

Se definen como una colectiva feminista, antipatriarcal, multitendencia, horizontal y autogestiva. Luchan contra el patriarcado en todas sus expresiones y contra la lógica capitalista que lo alimenta, recrea y sostiene. Como colectiva refieren que “no nos enmarcamos en ningún partido político, por lo que confluye entre las integrantes de esta grupa la afinidad, participación o militancia política en distintas organizaciones del campo popular. Rechazamos el verticalismo patriarcal, por lo que fomentamos la toma de decisiones conjunta y horizontal en asambleas. A la vez, nos organizamos de manera autogestiva buscando nuestras propias formas de financiamiento para poder difundir nuestra lucha, formarnos y hacer actividades”.

Raigorodsky, Pamela Borges, Trinidad Loyola y Cintia Orellana y sus reflexiones acerca del monitoreo, que enriquecieron nuestra mirada sobre la atención de la salud sexual y reproductiva con una mirada feminista y desde e incidiendo en el territorio.

Además, agradecemos la desinteresada colaboración y aportes de las/os profesionales de la salud de los servicios monitoreados sobre su trabajo cotidiano, y a los/as directores/as de dichos centros por permitirnos realizar las observaciones y encuestas a usuarias, así como también a la Subsecretaría de Salud de Monte y a las autoridades del Hospital Zenón Videla Dorna ya que nos autorizaron a realizar el monitoreo.

Por último, agradecemos también a las decenas de mujeres que brindaron desinteresadamente y con compromiso sus opiniones y experiencias como usuarias de los servicios de salud, y que nos permiten seguir pensando como colaborar en el acceso y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Características generales de la población y del Sistema de Salud de Monte




El partido de Monte cuenta con una población de más 25.000 habitantes², de los cuales se estima que el 40% no tiene cobertura médica (porcentaje similar al promedio nacional). El mismo, pertenece a la Región Sanitaria XI y los partidos que la componen son: Berisso, Coronel Brandsen, Cañuelas, Castelli, Chascomús, Dolores, Ensenada, General Belgrano, General Paz, La Plata, Magdalena, Pila, Presidente Perón, Punta Indio, San Vicente, Tordillo, Lezama y Monte; como ya lo presentamos anteriormente. El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 arrojó una población estimada de 1.180.119 habitantes en esta región.



2. Según estimaciones del INDEC, en base al Censo 2010.

El Municipio de Monte tiene una Subsecretaría de Salud y un Área de Promoción y Prevención de la Salud. Desde las mismas se llevan adelante los distintos programas, tales como: Remediar, Programa de Salud Sexual y Reproductiva³, Plan Materno Infantil, PROEPI, PROBAS, PRODIABA y SUMAR.

Desde ambos espacios se proponen las líneas de trabajo y la planificación de la atención de niños, niñas, mujeres y embarazadas, y sobre salud sexual. Además, se encargan de la articulación con el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia⁴, con el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR), con la referente de Salud Sexual de la Región Sanitaria, con la Comisaría de la Mujer y la Familia de Monte, con el Programa de Salud Comunitaria, y con el área de Farmacia Municipal. Por último, desde la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud se encuentran en la conformación y lineamientos del Espacio de la Mujer, Género y Diversidad⁵.


3. En octubre del año 2002 se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a través de la aprobación de la Ley 25.673, en el marco de las obligaciones que asume el Estado Nacional adhiriéndose a los tratados internacionales de Derechos Humanos y derechos de las mujeres respetando, de este modo, los avances normativos dados por la Organización Mundial de la Salud. El Programa tiene como objetivo ampliar el acceso y la cobertura universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en clave de derechos y equidad, para colaborar en la reducción del embarazo no intencional y de la morbi-mortalidad materna.

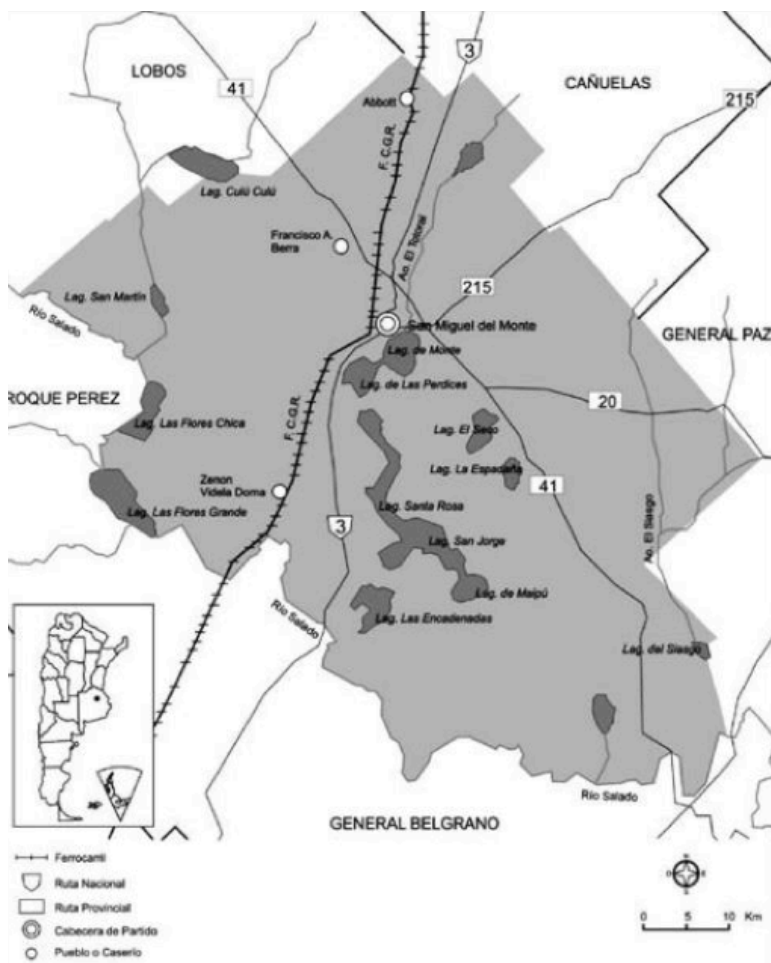
4. El Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual fue creado el 11 de diciembre de 2019, por el Gobernador Axel Kicillof, mediante la Ley 15.164. Siendo la Ministra que asume: Estela Elvira Díaz. El mismo tiene como misión el desarrollo de políticas integrales para la plena igualdad jurídica, social, económica, laboral, política y cultural entre los géneros. Se proponen la transversalización del enfoque de género en el estado provincial. Y además, implementan políticas para la prevención y erradicación de la violencia por razones de género. www.gba.gob.ar/mujeres

La creación del Ministerio se encuentra en relación a la gestión nacional y principalmente vinculada con la lucha del movimiento feminista que se dio en nuestro país.

5. Desde este espacio se convoca a Las Mesas Locales Intersectoriales donde se reúnen los representantes de las distintas instituciones u organismos vinculados con la violencia de género, con la finalidad de fijar y unificar pautas y acciones que les permitan trabajar articuladamente, interinstitucionalmente y con una mirada interdisciplinaria, para poder dar una respuesta integral a las personas que atraviesan situaciones de violencia de género. El Decreto N° 2.875/05 (texto según Decreto N° 436/15), reglamentario de la Ley N° 12539 prevé en su artículo 20 inciso c), establece la conformación de la Mesa Intersectorial Provincial contra la Violencia Familiar, así como la de las Mesas Locales Intersectoriales en cada uno de los municipios, de acuerdo a la conformación allí establecida, como espacios de articulación y coordinación en el ámbito local, regional y provincial de todas las políticas públicas dirigidas a la prevención y atención de la violencia familiar.

También, el municipio cuenta con 8 unidades sanitarias, que se encuentran distribuidas en los distintos barrios y parajes: Barrio Unidad Nacional, Barrio Esperanza, Barrio Coppola, Barrio San José, Barrio Montemar, Paraje Berra, Paraje Abbott y Paraje Videla Dorna; todas dependientes de la subsecretaría de salud. A la vez, en el distrito de Monte poseen un servicio de segundo nivel de atención que depende de la administración de la Pcia. de Buenos Aires.

ILUSTRACIÓN 1: MAPA DEL MUNICIPIO DE MONTE



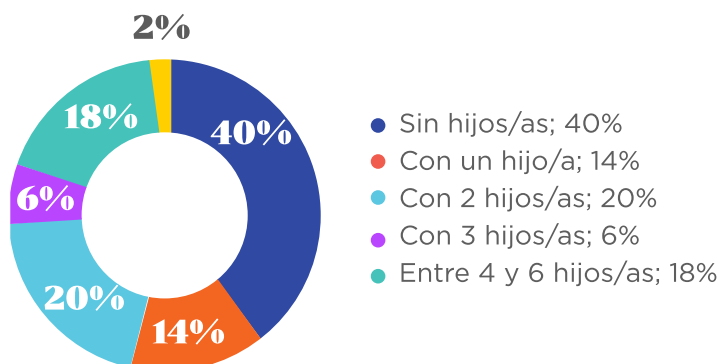
Características generales de las usuarias encuestadas



En el monitoreo se han realizado y analizado 50 encuestas a usuarias de los servicios detallados anteriormente. El 16% tiene entre 15 y 19 años, el 22% tiene entre 20 y 24 años, el 16% tiene entre 25 y 29 años, el 22% tiene entre 30 y 34 años, el 6% tiene entre 35 y 39 años, el 10% entre 40 y 44 años y el 8% entre 45 y 49 años.

En cuanto a la cantidad de hijos/as observamos que la mayoría no tiene hijos/as, el 16% tienen un hijo/a, el 18% tiene 3 hijos/as, como se puede ver en el gráfico a continuación:

MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN CANTIDAD DE HIJOS/AS - MONTE, 2020



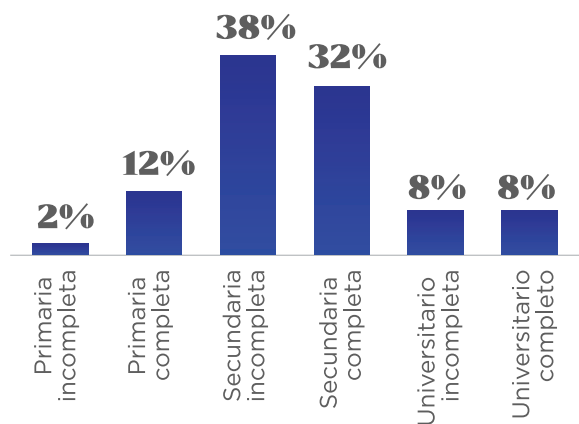
Asimismo, podemos agregar que sobre la cantidad de mujeres que no tienen hijos/as el 40% corresponde a mujeres entre 15 y 19 años y el 25% a mujeres entre 20 y 24 años.

Respecto a las mujeres encuestadas, el 76% refiere que no cuenta con un trabajo remunerado y solo el 24% si posee un trabajo donde recibe retribución.

En cuanto al lugar de residencia observamos que el 100% de las mujeres encuestadas reside en el municipio de Monte.

Sobre el nivel de estudios, solo una mujer tiene primaria incompleta, la mayoría tiene secundaria incompleta y el 32% tiene secundario completo, como se observa a continuación:

MUJERES ENCUESTADAS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS. MONTE, 2020



Características generales de las unidades sanitarias

En las unidades sanitarias de atención primaria - Unidad Sanitaria Barrio Unidad, Unidad Sanitaria Barrio Esperanza, Unidad Sanitaria Barrio Coppola, Unidad Sanitaria Barrio San José, Unidad Sanitaria Berra, Unidad Sanitaria Abbott. - y en la unidad de segundo nivel - Hospital Zenón Videla Dorna- monitoreadas se observó que los servicios de salud son espacios limpios, en general tienen edificios en buen estado, cuentan con ventilación y/o calefacción, con luz natural y una cantidad apropiada de asientos en las salas de espera.

Las mismas están ubicadas en los distintos barrios y parajes. El Hospital está situado en pleno casco urbano. Ambos de fácil acceso para quienes se encuentran viviendo en una zona cercana o para quienes pueden utilizar algún medio para trasladarse.

En el municipio se cuenta solo con un transporte que recorre algunos barrios durante el ciclo lectivo y otro que llega desde CABA a Monte pasando por Ruta 3. Sus habitantes pueden utilizarlos para el traslado interno. Sin embargo, al contar solo con estos medios públicos es que utilizan masivamente bicicletas, motos, autos para movilizarse a lugares aledaños teniendo en cuenta que nos encontramos en un municipio con gran cantidad de familias que viven en zonas rurales.

En cuanto a la asignación de turnos no es igual para todos los niveles de atención y especialidades. En la mayoría de las salas observadas, tanto en obstetricia y ginecología se otorgan turnos en un tiempo no menor de 15 días. A la vez, hay salas que tienen la modalidad de dar los mismos por orden de llegada. El servicio de obstetricia cuenta con una atención de 2 a 3 veces y el de ginecología de 2 a 1 vez por semana, ambas especialidades se cubren con distintos profesionales. En los parajes, en cambio, la prestación se da cada 15 días ya sea por parte de una obstetra o ginecóloga. Aunque cubriendo la atención una de las mismas cada semana.

En la mayoría de las salas observadas los servicios más demandados son los de obstetricia, en particular, cuando hay pocos/as ginecólogos/as y/o médico/as generalistas designados en la sala, por lo que se sobrecarga esta especialidad; que se ocupan de la atención además de consultas en métodos anticonceptivos.

En el segundo nivel de atención los turnos se otorgan a través del sistema SISC (Sistema de información sanitaria centralizada), siendo el tiempo de espera para la consulta en ginecología de aproximadamente un mes ya que es una de las especialidades más requeridas.

Los únicos requisitos para ser atendidas en las distintas unidades sanitarias son: nombre y apellido, número de DNI y, en caso de poseer, carnet de obra social.

En relación a los centros de salud observados e información sobre salud sexual y reproductiva podemos referir que la mitad de las salas cuentan con afiches sobre temáticas tales como: VIH, HPV, uso de preservativo –específicamente–, lactancia materna, control ginecológico y

métodos anticonceptivos. Estos carteles pertenecen a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Las salas del Barrio Unidad, San José y Berra son las que no poseen este tipo de información. Sin embargo, la Sala del Barrio San José y Coppola son las únicas que cuentan con los dispensers cargados con preservativos a disposición de las/os usuarias/os. A la vez, la Sala del Barrio San José es la que presenta folletería sobre esta temática pero ubicadas en un lugar de poco acceso.

También se observa que en ninguno de los centros de atención primaria había disponible cartelería y/o folletería con información sobre violencia de género, diversidad sexual e interrupción legal del embarazo.

En el segundo nivel de atención no se ha encontrado material informativo sobre salud sexual y reproductiva. El espacio del Hospital donde se otorgan turnos y se encuentra la sala de espera fue inaugurado recientemente, quizás esto explique la falta de cartelería sobre derechos sexuales. Solo hemos observado que sobre la mesa de administración cuentan con un dispenser, realizado de forma manual, cargado con preservativos; de fácil acceso para los/as usuarios/as.

Por otro lado, en cuanto a la realización de talleres/charlas informativas en sala de espera se pudo conocer que en la mayoría de los centros de atención primaria se vienen realizando distintas actividades sobre: métodos anticonceptivos y prevención sobre enfermedades estacionales. Y recientemente, se implementaron charlas informativas sobre violencia de género. Coordinados por obstetras, pediatras y el equipo interdisciplinario de la Comisaría de la Mujer y la Familia respectivamente.

Este tipo de talleres/charlas informativas no se vienen implementando en el segundo nivel de atención, según lo dialogado con la Directora del Hospital y con nuestros informantes claves.

Sobre la calidad de la atención



En todos los servicios se destaca la profesionalidad de sus trabajadores/as y el grado de compromiso con su tarea, la amabilidad del trato de las administrativas (que se vuelve hasta familiar) y el acceso a la salud pública de todas las personas, no habiéndose observado situaciones de discriminación ya sea por su origen étnico o sus características físicas.

En el hospital y en la mayoría de las salas cuentan con accesos para personas con movilidad reducida. Si bien en algunas salas no hay rampas, en general, pueden entrar sin dificultad. En su mayoría, las mujeres refieren haber sido tratadas adecuadamente por los equipos de salud, que respondieron sus preguntas y tuvieron la información que buscaban en la consulta.

Sobre el respeto de la privacidad y confidencialidad observamos que en la mayoría de las salas no dan cuenta sobre protocolos o normas escritas y accesibles para la protección del paciente. Sin embargo, se puede exponer que no hemos presenciado ninguna situación donde se vean vulnerados los derechos de las/os mismas/os.

A la vez, si bien tres salas son angostas en cuanto a su edificación pudimos observar que no se escuchan las conversaciones que tiene la/el profesional con la/el paciente dentro de los consultorios.

Acceso a métodos anticonceptivos



La Subsecretaría de Salud maneja la información sobre MAC disponibles en cada unidad sanitaria, y articula con el área de Farmacia para la distribución de DIU e implantes, y otros métodos que llegan por el ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires a través de región sanitaria. Por otro lado, hay métodos que llegan directamente a las unidades sanitarias por medio de la CUS, es decir, que provienen de la Dirección de salud Sexual de Nación. Según

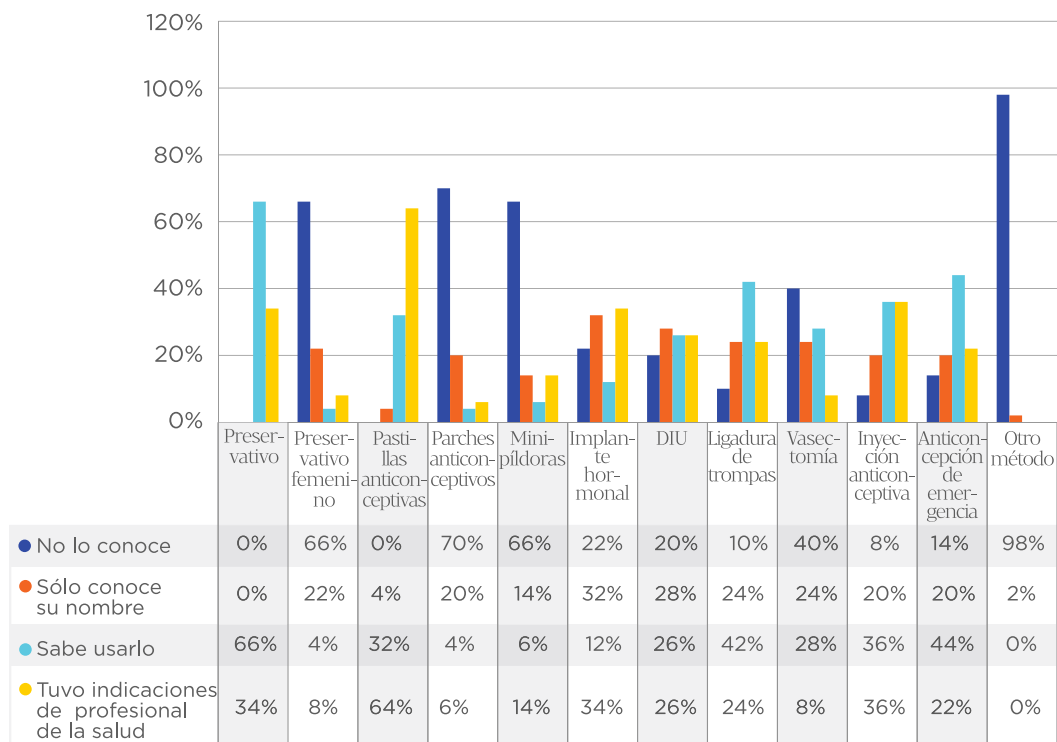
lo dialogado con responsables de la Subsecretaría de Salud y del Hospital los MAC enviados desde el PSSR logran cubrir el 40% de la población sin cobertura médica.

En los casos en los que una unidad sanitaria no pueda responder a la demanda de un método, se utiliza el clearing, es decir, se solicita a otra sala cercana que envíen el método (si tienen disponible) y con la siguiente llegada de métodos, se repone a la sala que hizo la entrega.

La distribución de métodos anticonceptivos a las usuarias es similar en todas las unidades sanitarias. Se realiza un asesoramiento a las usuarias en métodos, en algunas de ellas es en un espacio de consejería, y en una de ellas, a través de consulta con la obstétrica; luego se le da la orden para el método que elija: en el caso de que sea un método de uso mensual, se abre una ficha, para que la usuaria pueda retirarlo todos los meses; en el caso de DIU o implante, se da turno para la colocación (puede ser el mismo día) o se deriva a una unidad sanitaria que tenga disponible dicho método, cuando no cuentan con profesionales que hagan la colocación de estos. En el caso de ligadura de trompas, se articula con el Hospital Zenón Videla Dorna. En el caso de los preservativos, en algunas salas se encuentran disponibles en la administración, en un dispenser para que las personas puedan retirar. En el caso de anti-concepción hormonal de emergencia (pastilla del día después) la entrega es por enfermería o administración. Además, se responden consultas sobre la pastilla de emergencia vía telefónica ya sea desde las Unidades Sanitarias o la Subsecretaría de Salud.

En cuanto al nivel de información sobre métodos anticonceptivos y su acceso a ellos, el 82% de las mujeres encuestadas saben que pueden acceder a los métodos de forma gratuita y el 14% respondieron “Me parece que se puede elegir”, pero no todas conocen que pueden elegir el método: 39 de ellas saben que pueden elegir, y otras 5 respondieron “Me parece que se puede elegir”, y otras 4 consideran que no se puede elegir y otras 2 no saben si pueden elegir. Si bien representan sólo el 8% de las mujeres encuestadas que no conocen sobre este derecho y el 14% está en dudas sobre la elección del MAC nos hace reflexionar en la importancia de seguir trabajando en el derecho a la información sobre derechos sexuales y reproductivos y en la elección del método para que haya un ejercicio pleno del derecho a decidir.

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS USUARIAS SOBRE MAC SEGÚN MÉTODO (FRECUENCIAS PORCENTUALES)



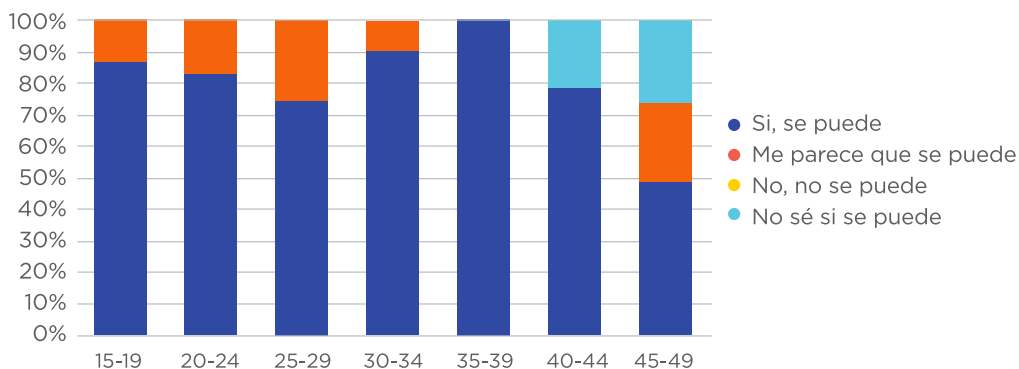
El grado de conocimiento sobre cada método es diferente, (como se puede ver en el gráfico de la página 15), siendo el preservativo (masculino) el método que es más conocido sobre su forma de utilización, seguido por las pastillas anticonceptivas y la inyección anticonceptiva. Los métodos menos conocidos son el preservativo femenino y los parches anticonceptivos, y la vasectomía, de la cual no hay mucha difusión (la mini-píldora también se encuentra entre estos, pero pensamos que se debe al desconocimiento que existe sobre la diferencia entre éstas y el resto de las AHO). Sobre los dos primeros métodos menos conocidos podemos agregar que la población reducida que conoce sobre los mismos son las mujeres encuestadas entre 15 y 29 años.

Por su parte, el 44% de las encuestadas sabe utilizar la anticoncepción hormonal de emergencia y solo el 22% dice haber sido informada por un profesional de la salud sobre su uso.

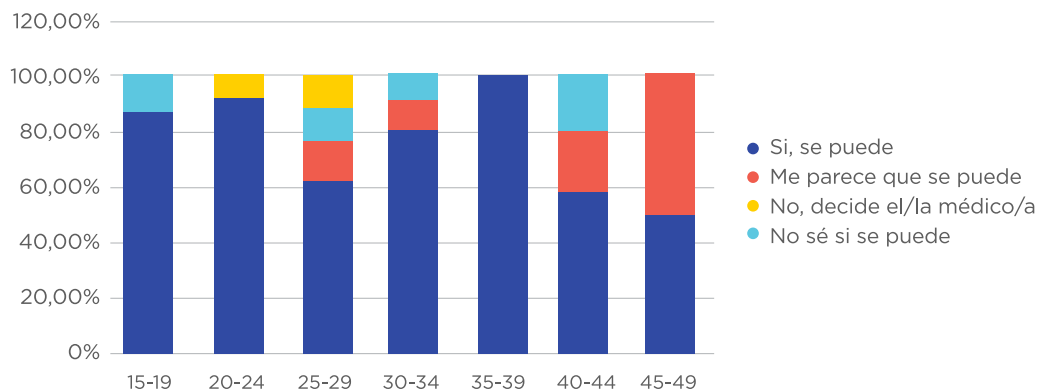
El nivel de conocimiento sobre el derecho a acceder a un método anticonceptivo gratuito y a elegir éste método es diferente según la edad, siendo las mujeres entre 15 y 24 años las que tienen casi en su mayoría conocimiento sobre el acceso a métodos anticonceptivos de forma gratuita. Podemos agregar que esta franja etaria refiere que no solo tuvo indicaciones por parte de profesionales de la salud sobre MAC sino que además ha obtenido información en encuentros ESI realizados en las escuelas.

A la vez, observamos que todas las mujeres encuestadas entre 35-39 años conocen sobre el acceso gratuito y elección de anticonceptivos, siendo las mujeres encuestadas de 45 y 49 años las que tienen menor conocimiento sobre la gratuidad y elección del MAC, como podemos ver a continuación:

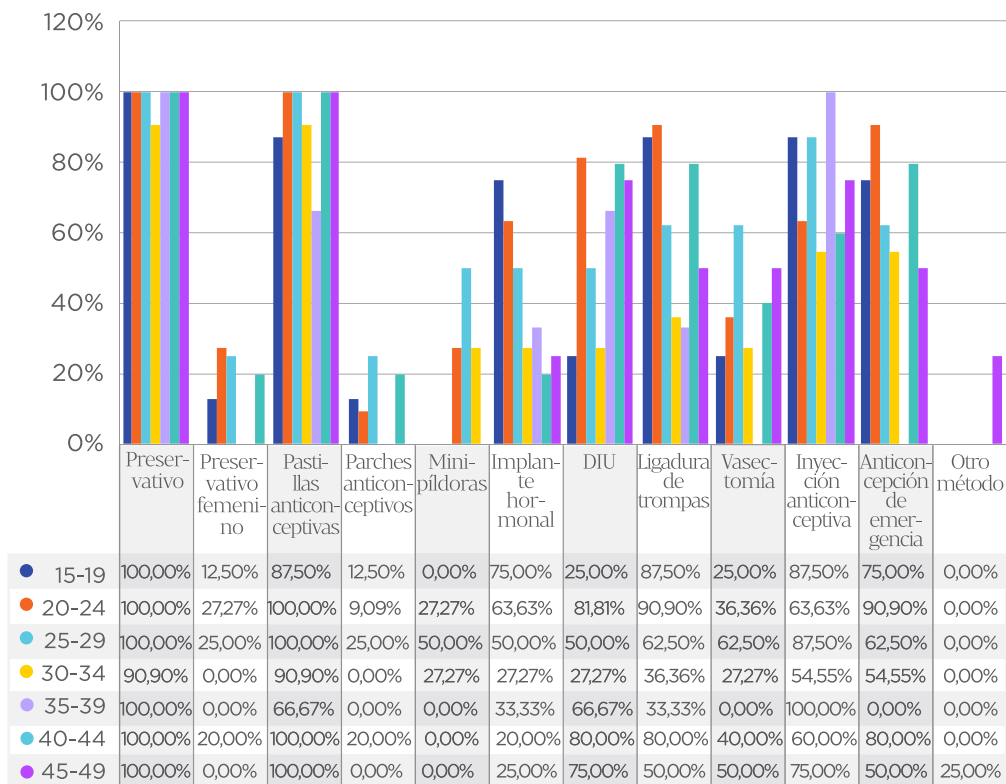
CONOCIMIENTO SOBRE ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE FORMA GRATUITA SEGÚN EDAD DE LA ENCUESTADA. MONTE, 2020



CONOCIMIENTO SOBRE LA POSIBILIDAD DE ELECCIÓN DEL MAC SEGÚN EDAD DE LA ENCUESTADA. MONTE, 2020



CONOCIMIENTO DE USO DE MAC SEGÚN EDAD DE LA ENCUESTADA. MONTE, 2020



Situación del aborto en la Argentina



En el año 2015, el Ministerio de Salud de la Nación reconoció que “*en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año*”⁶ (Mario y Pantelides, 2009). Estas cifras son aproximadas ya que la práctica es clandestina y no se pueden obtener datos exactos. Según datos oficiales las complicaciones por abortos inseguros⁷ son la principal causa evitable de mortalidad materna⁸, que representan el 17% del total de las muertes de mujeres gestantes, 2 de cada 10 mujeres fallecidas por causas de gestación murieron por abortos clandestinos: 47 por año. En su mayoría son mujeres jóvenes y pobres, dando cuenta de que es un problema de salud pública y de inequidad social. Las mujeres y otras identidades con capacidad de gestar con menos recursos, recurren para poder interrumpir a métodos inseguros y a lugares clandestinos con lo cual arriesgan su salud y hasta su vida. Queda en evidencia que la ilegalidad del aborto afecta de forma diferenciada a las personas según su condición socioeconómica y según el acceso que tengan a la información. Este contexto nos alerta sobre la necesidad de atender dicha problemática para lograr disminuir y erradicar considerablemente la tasa de mortalidad materna y de morbilidad.

En la Argentina, el aborto está penalizado aunque se contemplan excepciones en el Artículo



6. La Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (Conapris), del Ministerio Nacional de la Nación, encargó el estudio que nos permite conocer científicamente la magnitud de la problemática del aborto en la Argentina a un equipo de investigadores reconocidos en la temática. El cálculo surge de la aplicación de dos métodos científicos validados internacionalmente. Según Silvia Mario, para medir la realidad de una práctica clandestina debieron recurrir a métodos indirectos y abandonaron la idea de obtener cifras exactas a cambio de “*un rango de órdenes de magnitud*”.


7. La OMS define el aborto inseguro “como un procedimiento para terminar un embarazo, efectuado por personas que no cuenten con las habilidades necesarias o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas (OMS, 2012). Recientemente, la OMS definió como abortos menos seguros cuando se realizan interrupciones utilizando un método poco seguro o desaconsejado como es el legrado uterino instrumental a pesar que el mismo lo lleve adelante un profesional calificado.

8. Esta categoría es utilizada por organismos oficiales para la construcción de datos estadísticos por tal motivo hacemos referencia al mismo. Considerando pertinente hablar de muerte de mujeres gestantes.

86 del Código Penal. El mismo establece que hay tres situaciones donde la interrupción del embarazo es legal, si el embarazo es producto de una violación (una relación no consentida o bajo presión, incluso dentro de un noviazgo o matrimonio), si el embarazo pone en riesgo su salud (entendida como el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” de acuerdo con la definición de la OMS), o si el embarazo pone en riesgo su vida. En estos casos el aborto está permitido por la ley y corresponde ejercer este derecho a todas las personas con capacidad de gestar (niñas, adolescentes, mujeres, varones trans, personas no binarias, etc.) y debe ser garantizado por los servicios de salud sin necesidad de denuncia ni de autorización judicial, como lo indica el fallo F., A.L de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de marzo de 2012⁹.

En los casos en los que el embarazo es producto de una violación, el único requisito para acceder a una ILE es que la mujer realice una declaración jurada donde afirma que el embarazo que cursa es producto de una violación, pero de ninguna manera puede exigirse la denuncia policial o judicial de violación. Todas las niñas menores de 13 años embarazadas podrán solicitar la interrupción legal de su embarazo ya que el derecho penal lo considera como producto de una violación y, por tanto, se debe realizar de inmediato. A los efectos del régimen de legalidad de aborto, dichos embarazos se circunscriben dentro del inciso 2 del art. 86 del Código Penal.

A partir del fallo F., A.L de la Corte Suprema de Justicia de la Nación se produce un giro en cuanto a superar las restricciones y obstáculos que se presentaban en la práctica profesional ya que aclara las situaciones de aborto no punible y presenta una interpretación ampliada de la no punibilidad en todos los casos de violación. Además, dicho fallo instituye a que el poder ejecutivo elabore protocolos de atención para tales situaciones.


9. En el año 1921 se da origen al Código Penal en la Argentina, desde tal fecha se cuenta con derechos para interrumpir un embarazo en 3 causales. Sin embargo, se generaba una polémica con respecto a una coma que no aparecía en la redacción dando lugar a que se presenten dos posturas sobre la interpretación del 2° inciso del Art. 86. Una lectura amplia, que considera que se refiere a dos situaciones independientes: una violación -a cualquier mujer- y un atentado al pudor, a una mujer con discapacidad mental; ya que por su condición no está en condiciones nunca de dar consentimiento en la relación sexual y siempre se considera abuso. Y una lectura restringida, solo toma en cuenta la segunda de ellas. El fallo F., A. L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de 2012 estableció las aclaraciones sobre el dicho inciso del Art. 86, siendo la misma de una interpretación amplia.

A pesar de la interpretación por parte de CSJN sobre el Art. 86 del Código Penal, que va cumplir casi 100 años de su sanción, aún es de difícil cumplimiento la ILE en gran parte del territorio de nuestro país. Los obstáculos para el acceso a servicios seguros y de calidad están vinculados a distancias culturales, territoriales, disponibilidad de recursos humanos, disponibilidad de la medicación, unidades sanitarias poco amigables y a deslizamientos de opiniones personales basadas en creencias religiosas por parte de algunos/as profesionales de la salud. Ello posibilita, en algunos casos, que se nieguen a realizar la práctica o ponen barreras solicitando requisitos innecesarios; demorando la práctica y revictimizando a la persona que requiere la intervención.

Desde hace una década, aproximadamente, se ha producido una expansión de la despenalización social del aborto, es decir, la legitimación de la práctica por decisión de las mujeres y otras identidades con capacidad de gestar acompañadas por organizaciones feministas y redes profesionales con perspectiva de género. Se implementaron estrategias para el acceso a abortos seguros y en el encuadre de la ley. Esto se produjo a partir de la organización política de feministas que dieron lugar a la conformación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en el año 2005. Se instaló en la sociedad el debate en torno a la necesidad de despenalizar y legalizar el aborto en la Argentina, logrando finalmente el debate de la Ley en el Congreso de la Nación. Aunque no fue aprobada en el Senado de la Nación, se inauguró en la sociedad un debate sin precedentes que logró la visibilización de dicha problemática como también la despenalización social de la práctica.

Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva



Las marcadas transformaciones sociales, culturales y políticas que desde los movimientos de mujeres, feministas Y LGBTI+¹⁰ se produjeron en la sociedad, cuestionaron e hicieron visible la heterogeneidad de las/los sujetos sociales en cuanto a sus roles, prácticas y deseos. Estos



10. Esta sigla hace referencia a la comunidad de lesbianas, gay, bisexuales, transexuales, intersexuales y el símbolo de la + quiere incluir a cualquier minoría que no se sienta representada con las siglas.

cuestionamientos y transformaciones que se imponen en el contexto actual generaron políticas públicas con perspectiva de género y en clave de derechos que promueven la implementación de dispositivos integrales y nuevas estrategias para los equipos de salud. De esta manera, en estos espacios se comprende a las personas usuarias como sujetos de derecho y como parte de un mundo social y cultural. Se consideran las desigualdades entre las personas por su género y su orientación sexual producidas por las relaciones de poder y los roles heteronormativos.

Incorporar el enfoque de género en el equipo de salud permite estar atentos/as sobre la necesidad de no dar por hecho que la usuaria es heterosexual, que puede elegir y usar el método anticonceptivo requerido, que puede pactar con su pareja o debe ocultarlo; que tiene la posibilidad de decidir tener relaciones sexuales o no, si se encuentra bajo una situación de violencia física, sexual, psicológica o económica.

El encuadre de derechos permite situar la atención hacia el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas usuarias. Nos referimos a los derechos sexuales a la vivencia de una sexualidad libremente optada, sin que se presenten situaciones de violencia, con posibilidades de elegir como protegerse de ETS y donde se respete la orientación sexual y la identidad de género de cada persona.

A los derechos reproductivos se los define como la posibilidad de decidir, en forma libre, si tener o no hijas/os, con quién, cuántas/os y cuándo tenerlas/os.

En este marco, las Consejerías integrales en salud sexual y salud reproductiva¹¹ surgen como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos y género desde el PNSSyPR¹². Este dispositivo tiene como objetivo central fortalecer la autonomía de las/los usuarias/os para la toma de decisiones de forma libre, consciente e informada. Este objetivo se propicia en un “*espacio de encuentro*” (Consejerías



11. El documento de trabajo “Consejerías en salud sexual y salud reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación” tuvo tres ediciones (La 1.^a edición septiembre, 2010; 2.^a edición reelaborada y actualizada: junio, 2015 y la 3.^a edición: junio, 2018).

12. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

en salud sexual y salud reproductiva, 2018: 9) entre un equipo interdisciplinario y personas usuarias del sistema de salud que permite que se construyan saberes en conjunto en relación a la sexualidad y a la (no) reproducción como parte integral de las y los sujetos sociales.

Las Consejerías se constituyen en espacios de contención, respeto, de escucha activa, asesoramiento, intimidad, confidencialidad e información. En lo que respecta a este último punto, la misma debe ser científica, actualizada y validada; expresada en forma clara, adecuada y oportuna a la consulta de la persona usuaria, reconociendo sus saberes y experiencias previas. En suma, las consejerías propician un dispositivo desde el cual se pueden abordar distintos contenidos:

- Ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- Reflexiones en torno a las relaciones de género y posibilidades de elegir.
- Métodos anticonceptivos (MAC).
- Conocimiento del cuerpo.
- Situaciones de aborto y causales de interrupción legal del embarazo (ILE).
- Recursos de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Negociación del uso de preservativos como estrategia preventiva.
- Situaciones de vulnerabilidad de las personas en relación a sus vínculos.
- Orientación e identidad sexual.
- Procesos de hormonización o de cirugías de modificación corporal.
- Abordaje de la dimensión del placer.
- Ciclo menstrual.
- Diversas prácticas sexuales.


La Ley nacional 25673 (2002) y su Decreto reglamentario 1282/2003: crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Ministerio de Salud de la Nación, y marca como sus objetivos: “Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”, “prevenir embarazos no deseados”, “promover la salud sexual de los adolescentes” y “garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable”, entre otros (art. 2). Asimismo, garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos.

- Prácticas de cuidado.
- Sexualidad y placer.
- Situaciones de violencia e inequidades de género.

Dicho dispositivo implica nuevos desafíos para la práctica profesional ya que el abordaje precisa que se reflexione en forma estructural e interdisciplinariamente. De esta manera, en la atención se contempla la situación, es decir, desde la subjetividad, la consulta y contexto social de las personas usuarias. Otro de los desafíos para estos espacios es que se promueva la confianza, en lugar del cuestionamiento, que permite acompañar y fortalecer la construcción de autonomía de los mismos en lo concerniente al cuidado en su esfera íntima, a su sexualidad y a la decisión de transitar o no por la experiencia de la maternidad¹³ y paternidad.

El sistema de salud no ha escapado a la construcción histórica sobre los comportamientos esperables que se asignan a las mujeres por ello ha focalizado, entre otras, las políticas sanitarias llamadas “materno infantil” que ha tendido a inscribir a las mujeres en su rol materno. Cuestionar y erradicar esta mirada para pensarla más allá de su supuesta condición de madre, es uno de *“los desafíos de atención dentro del sistema de salud”* (Consejerías en salud sexual y salud reproductiva, 2018: 7).

A la vez, el sistema de salud tradicional se ha abordado desde una concepción de normalidad y anormalidad, admitiendo en general, que la normalidad es aquello que es natural y que está


13. En lo concerniente a la experiencia de la maternidad, fue construida en un proceso histórico, social y cultural como una función de reproducción biológica, social y universal de las mujeres. La reproducción biológica es compartida por ambos sexos, sin embargo, la reproducción social es atribuida en términos de género a las mujeres. Es decir, las mujeres tendrían la presión y sanción social en torno a un rol que les fue transmitido, tallado y hecho deseo individual a partir de los procesos de socialización. Tornándose el fenómeno de la maternidad como un proyecto de vida. El fenómeno de la maternidad a través del proceso de socialización se tornaría deseable ya que este ideal normativo las mujeres lo internalizan y aprehenden. Así es como el género y sus roles se constituyen en un producto social y no en algo natural. Consideramos que esta experiencia se puede practicar de diversas formas y contextos: como madre biológica, adoptando, criarlo/a en forma individual; en comunidad, con una pareja varón, mujer, trans, lesbiana, homosexual, en situaciones de encierro etc. Siguiendo esta concepción es que consideramos a tal práctica, maternidades. Porque reconocemos una enunciación del concepto en forma abierta, flexible, en construcción y en relación con otros/as (Felitti, 2011), siendo pertinente que se tomen como puntos claves el contexto en el cual atraviesan sus maternidades, no pudiendo interpretarlas escindidas de su medio social ya que las prácticas toman sentido en su seno.

asociada a la heterosexualidad. Este pensamiento binario y normativo donde se da como supuesta la heterosexualidad obligatoria constriñen fuertemente el ejercicio de los derechos más básicos de personas travestis, trans, intersex, gays, lesbianas, etc.

En suma, para superar este modelo hegemónico y las barreras para el acceso a un dispositivo integral que aloje y comprenda las desigualdades existentes, es relevante que en los mismos se guíen y aborden las situaciones únicas e irrepetibles desde la mirada de género y el encuadre de derechos.

Acceso y atención de interrupción legal del embarazo



En cuanto a la indagación sobre la aplicación de Consejerías en salud sexual y reproductiva y/o Consejería pre y post aborto en las Unidades Sanitarias del Municipio de Monte podemos dar cuenta que en el primer nivel de atención, a partir de diciembre de 2019, la Subsecretaría de Salud implementó la Consejería en interrupción legal del embarazo. La misma está conformada por un equipo interdisciplinario -obstétricas, trabajadora social, médica generalista, psicóloga y enfermeras- y se encuentran en las Unidades Sanitarias del Barrio Coppola y Esperanza. Desde que se comenzó y hasta el mes de mayo del 2020 se atendieron y resolvieron 6 casos de interrupciones legales del embarazo. Desde sus inicios hasta el mes de mayo del 2020 se atendieron y resolvieron 6 casos de interrupciones legales del embarazo.

Este dispositivo es un espacio de información, acompañamiento y seguimiento a mujeres y otras identidades con capacidad de gestar que se encuentran transitando un embarazo no deseado. Se las acompaña e informa, desde un abordaje integral y de calidad, sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo para que puedan tomar decisiones libres y autónomas.

La responsable del Área de Prevención y Promoción de la Salud nos relataba, que cuando llega una mujer u otra identidad con capacidad de gestar a una consulta por aborto se aborda

según las indicaciones de los protocolos de atención¹⁴. En algunos casos, las mujeres llegan al dispositivo por consultas ya que transitan un embarazo no deseado, otras llegan sin saber que existe la Consejería como tal y otras son derivadas por integrantes de la Colectiva Vivas¹⁵.

Frente a la consulta, la obstétrica realiza la primera entrevista donde brinda asesoramiento sobre las posibilidades en cuanto a la continuidad o interrupción del embarazo¹⁶. Luego deriva a la paciente a efectuarse una ecografía para conocer en qué semana de gestación se encuentra. La misma se puede realizar en el Hospital ya que han acordado entre las y los responsables del primer y segundo nivel contar con esa prestación y en la importancia que se tomen los recaudos necesarios sobre el derecho de la usuaria a no escuchar sonidos y no ver imágenes, según su decisión. Luego de la realización de la ecografía, la persona que solicita la interrupción tiene otra consulta con la trabajadora social y la psicóloga para brindar un abordaje integral. De esta manera, cada profesional dialoga con la usuaria para conocer su situación psicosocial, el trasfondo de su contexto, su salud física, la semana de gestación

14. El 12 de Diciembre de 2019 el Gobierno Nacional reglamentó el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” con las actualizaciones incorporadas. La provincia de Buenos Aires también aprobó por Resolución Nro. 1/2020 el nuevo Protocolo de la Nación que garantiza el derecho al aborto legal en territorio bonaerense; de firma conjunta por el Ministerio de Salud y del Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual.

el nuevo protocolo de la Nación que garantiza el derecho al aborto legal en territorio bonaerense. Fue la primera resolución por parte del Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual.

15. Las integrantes de Vivas relatan que a los meses de su conformación las mujeres y otras personas con capacidad de gestar comenzaron a consultar sobre situaciones de violencia y embarazos no deseados. A partir de entonces, al interior de la colectiva fueron conformando comisiones sobre estas problemáticas. Desde cada espacio discutieron y redactaron sus propios protocolos de actuación; y desde su comisión ILE fueron generando redes con Consejerías del Conurbano Bonaerense, de CABA y con organizaciones feministas que acompañen estas situaciones. Cada vez que se acercaba una mujer con dudas o decisión tomada sobre la interrupción de su embarazo, se genera el encuentro para su escucha, se le brinda toda la información pertinente y en caso de decidir interrumpir la misma se contacta con las Consejerías del Conurbano Bonaerense o CABA para poder ser atendida. Esto se presenta en situaciones donde a veces las mujeres se encuentran en situaciones económicas desfavorables, sin conocer cómo llegar a estas localidades y espacios. Estas mujeres, y otras tantas transitan experiencias de vulnerabilidad sumado a esta escenografía de inseguridad, clandestinidad que se les presenta y que hasta hace 3 meses no lo podían abordar en su propio Pueblo.

16. Cuando se realiza la primera entrevista, en algunos casos, la usuaria puede tener ya la decisión tomada sobre la continuidad o no de su embarazo. Otras se encuentran en pleno proceso de toma de decisión.

y a partir de la decisión tomada por la misma se realiza un informe. A la vez, si dicho caso se encuadra en las causales previstas¹⁷ (causal salud, causal violación¹⁸) por el sistema normativo del país, se evalúa el procedimiento a realizar¹⁹. Si el embarazo es menor a 12 semanas de gestación, la médica generalista efectúa las indicaciones del tratamiento medicamentoso, en qué momento tomarla y como, ya que se realiza de forma ambulatoria. A la vez, la usuaria en el proceso de atención firma un consentimiento informado donde queda plasmado que la persona recibió información y decidió realizar la interrupción de manera autónoma.

La médica generalista es además quien eleva el informe a **Región Sanitaria XI** para que envíen las pastillas de misoprostol y así se garantice el pleno ejercicio de los derechos de la usuaria.

Luego del tratamiento ambulatorio desde la Consejería hacen un seguimiento sobre la situación de la usuaria. A la vez, se realiza la consejería sobre MAC (en caso que en la primera entrevista no hayan abordado el tema) donde se ofrece los anticonceptivos disponibles que sean seguros para la persona, incluyendo los reversibles de larga duración.

Una de las profesionales entrevistada nos relataba el dispositivo y el recorrido que realizan las mujeres y otras identidades con capacidad de gestar:

“Te hablo desde mi experiencia. Vienen muchas, vulneradas aún más. Porque en realidad si llegan y pudieron golpear las puertas de la salud pública, pudieron llegar hasta ahí. Pero antes tuvieron que atravesar, al margen de las opiniones de pares, de la familia y demás, y de ese torrente de palabras que llegan a ellas. Muchas veces han pasado por otras instituciones sanitarias y han recibido las opiniones

17. La Lic. Daniela Dosso reflexiona acerca de las situaciones que transitan quienes necesitan interrumpir un embarazo, que como tal se manifiesta como un problema y un riesgo para su salud (entendida de forma integral). Contexto generalmente conocido por los y las profesionales de la salud como también el marco legal del país, de ese modo, *“comprenden que se debe poder acceder a un aborto”*.

18. La violación constituye violencia sexual y esta es un tipo de violencia de género. En los casos de violación, no es exigible la denuncia policial o judicial para acceder a la ILE, solo es necesario que se exprese en la declaración jurada. Si hay denuncia policial o judicial previa se adjunta una copia a la declaración jurada. a usuaria puede tener ya la decisión tomada sobre la continuidad o no de su embarazo. Otras se encuentran en pleno proceso de toma de decisión.

19. En relación a los casos que no se enmarcan dentro de estas causales se aplica la estrategia de reducción de riesgos y daños (RRyDD).

de algunos de los profesionales que han consultado, y muchas veces hasta han ido a consultar por fuera, cuánto cuesta la pastilla, cómo hacer, y la verdad llegan muchas devastadas. Como diciendo “no sabía que esto existía y que estaban acá y que esto se podía hacer”. Muchas con el temor y el desconocimiento de que es no punible. Y entonces aún más. Y la verdad se sienten una vez que llegan al servicio, acompañadas, fortalecidas. Pero muchas de ellas llegan devastadas, hasta físicamente. Subjetivamente. Con un cuerpo que necesita ayuda y estar acompañada”
(Profesional, Consejería ILE-Monte).

Cuando las usuarias se acercan a la consejería varios aspectos de su vida están en juego, como sus relaciones sentimentales y familiares, su proyecto de vida y el grado de autonomía que puedan tener para decidir sobre su cuerpo en el marco de las relaciones de géneros desiguales. Por ello, la necesidad de un equipo de salud integral donde operen todos los conocimientos interdisciplinarios para el abordaje de los distintos casos ya que

“en algunas usuarias las problemáticas vienen de otro lado, entonces una ahí puede acompañarlas en otras problemáticas que las están excediendo. Entonces se hacen derivaciones y demás. No es que hay solo una escucha en cuanto a la interrupción, sino también a un abordaje más integral. Muchas veces la interrupción tiene que ver con eso más integral, cuestiones de violencia, económicas, de salud y demás”
(Profesional, Consejería ILE-Monte).

Como ya hemos mencionado anteriormente, el equipo se conformó como Consejería hace 3 meses donde algunas profesionales están dando sus primeros pasos en la atención sobre la temática, otras ya venían con experiencias ya sea en las mismas salas, solo que realizándolas por “sus buenas voluntades” (Profesional, Consejería ILE-Monte), como de otros centros de salud y municipios. El hecho que hayan comenzado recientemente con el dispositivo y que las experiencias sean desiguales para cada profesional hace a la importancia de que el Ministerio de Salud lleve adelante capacitaciones acerca de las normativas vigentes sobre ILE. Esta necesidad de las capacitaciones se refuerza teniendo en cuenta que según el protocolo de atención, los procedimientos recomendados para la interrupción en el primer trimestre son el tratamiento medicamentoso y AMEU. Y como nos informaba la responsable del Área de Pro-

moción y Prevención de la Salud, en lo que respecta al primer nivel no se está implementando ya que no cuentan con el personal capacitado y con el equipamiento necesario.

En lo que respecta al segundo nivel de atención, aún no han conformado un dispositivo de ILE ya que exponen que recientemente el Gobierno de la Pcia. de Buenos Aires se adhirió al protocolo; brindándole carácter ministerial. Asimismo, nos relataba la directora del Hospital que cuando se presenta una mujer u otra identidad con capacidad de gestar con un embarazo no deseado el equipo de salud mental -conformado por psicóloga, psicóloga infantil, psiquiatra y trabajadora social - y de obstetricia acompaña la situación desde un abordaje interdisciplinario. Por un lado, se generan espacios de escucha para conocer su situación psicosocial y por otro, consulta obstétrica. A partir de entonces, se realiza *“un análisis del caso avalado por un informe de los profesionales”*, pero, ante la evaluación de si se trata o no de una interrupción legal *“no hay deliberado ni el sí ni el no. No es ni un no concreto, ni un sí rotundo”*. En caso de encuadrarse en las causales legales se evalúa el procedimiento.

Al indagar sobre el abordaje que se realiza en el Hospital al llegar una usuaria ya sea con un aborto espontáneo o un aborto incompleto realizado con métodos inseguros nos informaba que el/la médico/a evalúa cada situación. Y que dependiendo el caso recurren al legrado y/o al tratamiento medicamentoso. Según el protocolo de atención, el legrado o raspado uterino debe ser usado cuando ninguno de los otros métodos esté disponible. Y recomiendan que *“los servicios de salud y las/los responsables de los programas deben realizar todo esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por tratamiento medicamentoso o la aspiración”* (MSAL, 2019: 41).

A la vez, en la entrevista que tuvimos con un directivo del Hospital Zenón Videla Dorna, refería que está en conocimiento sobre la creación de la Consejería en las Salas Municipales. Y que de hecho están articulando para atender los casos de las usuarias que no completan el tratamiento de forma efectiva; siendo en esta institución donde se concluirán las interrupciones. Sin embargo, la directora informaba durante la entrevista que aún no habían tenido ninguna derivación y que *“todos los casos que surgieron se pudieron solucionar en el primer nivel”*.

Acerca de la indagación sobre la realización de capacitaciones sobre las normativas vigentes de ILE los/as profesionales entrevistados/as relataban que en octubre de 2019 se realizó una

jornada sobre esta temática pero que no hubo una invitación formal con lo cual el personal de salud podía decidir individualmente y bajo su interés si concurría o se ausentaba. Siendo este faltante imprescindible para la implementación del dispositivo y el abordaje de dicha problemática en forma integral.

Por otro lado, existen dos obstáculos para la resolución de ILE's:

1

Articulación entre los niveles de atención: La falta de constitución de una Consejería en salud sexual y reproductiva y/o de ILE en el segundo nivel de atención genera un obstáculo para la derivación en la atención de interrupciones de segundo trimestre, o casos de primer trimestre que requieren internación, los que necesitan un método quirúrgico por falla del tratamiento medicamentoso, y en los que las mujeres no pueden pagar la medicación. Si bien hay un diálogo entre los niveles y suceden algunas derivaciones o las usuarias recurren al segundo nivel; no se realizan desde acuerdos que se hayan discutido y consensuado entre los equipos y directivos. Resulta imperiosa la articulación que resulte de reuniones de los mismos donde se puedan acordar circuitos centralizados de derivación.

2

Objetores de conciencia: Al indagar con las y los entrevistados sobre las barreras que consideran que se presentan cuando se aborda un caso de ILE daban cuenta que hay profesionales que ejercen su derecho a la objeción de conciencia; que claramente este no sería el obstáculo ya que están en pleno derecho, sino que se traducen en derivaciones o cuestionamientos sobre la decisión de la usuaria en interrumpir. Esto nos relataba una profesional: *“Nos ha pasado que se niegan y derivan. Personalmente me han llamado diciendo “mirá, yo no estoy a favor pero bueno entiendo que ella lo necesita”, y deriva. Y después otro caso en el que se hizo la intervención, pero la mujer tuvo que escuchar antes todos sus cuestionamientos de valor, sumamente innecesario. Y eso también lo tomo como un obstáculo. La mayoría ha derivado, pero obstaculizando mucho”.*

Estas barreras generan que las mujeres u otras identidades gestantes al transitar por un embarazo no deseado no estén seguras o informadas sobre a qué servicio público concurrir o con que profesional atenderse para no sufrir maltratos o ser cuestionada ante su decisión. Esto provoca que muchas recurran a métodos inseguros que están envueltos en condiciones

de clandestinidad y penalización. Y que además de poner en riesgo su salud y hasta sus vidas transitan por una experiencia marcada por la inseguridad, el secreto, el miedo y a ser condenada moralmente y penalmente (FUSA, 2017).

Experiencias y opiniones de las mujeres sobre aborto



De las mujeres encuestadas, 16 respondieron no haber consultado por embarazo en los servicios de salud de Monte. El resto consultó en algún momento por un embarazo. De éstas 34 mujeres, a ninguna se les preguntó si quería continuar con el embarazo o querían interrumpirlo.

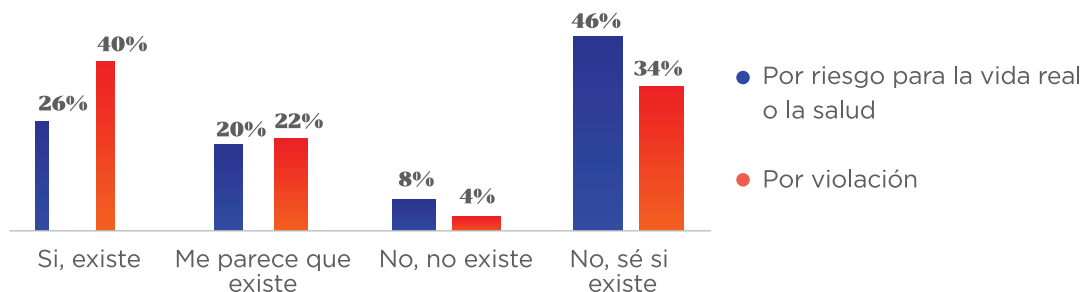
Al indagar sobre si en el servicio de salud les explicaron sobre ILE y los derechos que tienen las mujeres, sólo 3 afirman que recibieron esta información.

Solo una mujer refiere haber consultado para abortar. Y refiere que *“se sintió juzgada, por que sintió que la profesional dio por hecho que ese embarazo era su deseo, o que así lo había buscado”* y no recibió explicación del procedimiento.

Entre las mujeres que consultaron para continuar con un embarazo (34), sostienen que la información que les dieron era para hacer los estudios, *“todo lo que hay que hacer durante la gestación”, “le dije que podía ser que esté embarazada y me mandó a hacer los análisis correspondientes”* y sostienen, en general, que las trataron bien. Solo una de ellas se sintió juzgada por parte de la obstetra y pediatra de su bebé, tenía 15 años al momento del embarazo y tuvo que escuchar comentarios sobre su temprana edad para transitar por esta experiencia.

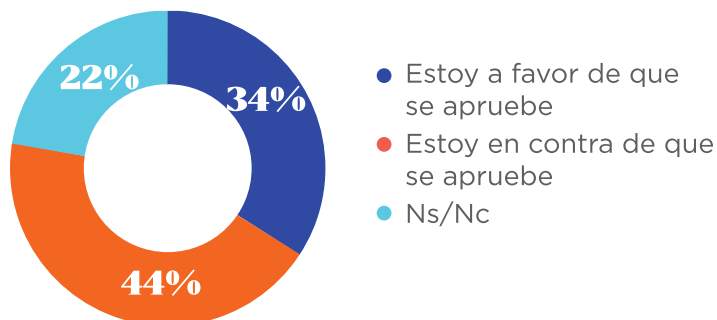
En cuanto al conocimiento que tienen las mujeres encuestadas sobre las causales de aborto legal, se observan diferencias significativas en el conocimiento de una causal u otra, ya que solo el 26% afirma que existe la causal por riesgo para la vida o la salud para interrumpir un embarazo y 40% cuando se trata de una violación. Y otro dato para destacar es que el 46% de las mujeres desconoce que existen permisos para abortar en el marco de la ley actual.

CONOCIMIENTO DE LAS USUARIAS SOBRE LAS CAUSALES DE ABORTO LEGAL. MONTE, 2020



Ya que en el año 2018 se debatió en el Congreso de la Nación sobre la despenalización y legalización del aborto voluntario y dicha discusión llevo a que el tema tome masividad es que aprovechamos a consultar a las mujeres sobre sus opiniones acerca de la aprobación de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo. El 44% se manifiesta en contra de una ley de IVE, la mitad porque consideran que es una vida, el 22,73% porque consideran que hay métodos anticonceptivos para cuidarse, el 9,09% que se debe permitir solo por violación y el resto no sabe y no contesta. Un 34 % considera que se debe aprobar la ley, la mayoría considera que la mujer tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo y el resto *“porque es un problema de salud pública y porque las mujeres no pueden morir clandestinamente”* (Entrevistada, 22 años).

OPINIÓN SOBRE LA APROBACIÓN DE UNA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. MONTE, 2020



Algunas propuestas para mejorar los servicios



A partir del monitoreo, pensamos una serie de propuestas que permita mejorar la atención en salud sexual y salud reproductiva, con los recursos humanos y materiales en cada sala:

Promoción de la salud y los derechos sexuales

- Impulsar campañas de comunicación y promoción sobre salud sexual y reproductiva.
- Promoción sobre el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en articulación con diversos actores de la comunidad.
- Dar a conocer a la población la implementación de la Consejería en ILE que funciona en el territorio.
- Profundizar la difusión y el conocimiento de la normativa sobre la ILE a mujeres y otras identidades gestantes en los distintos espacios de salud.
- Realización de talleres de salud sexual, métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos, etc., con población de los parajes rurales.

Fortalecimiento de los equipos de salud y organización institucional

- Implementación de Consejerías de salud sexual y reproductiva en el segundo nivel de atención, e implementación del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.
- Fortalecer los canales de articulación entre ambos niveles de atención para la realización de las ILE`s.
- Dar lugar a la reflexión y al debate entre los equipos de salud de ambos niveles que permitan que hayan constantes replanteos sobre las buenas prácticas y los roles de género presentes tanto en los profesionales de la salud como en la sociedad.

Articulación interinstitucional

- Articulación entre organizaciones de la sociedad civil, organismos públicos, y servicios de salud.

- Sostenimiento de Mesas de trabajo conjunto entre organizaciones, organismos municipales y equipos de salud

Capacitación

- Capacitación en perspectiva de género, derechos humanos y Ley Micaela para el personal de salud.
- Sensibilización sobre ILE y salud sexual a más equipos de salud.
- Capacitación a profesionales de la salud sobre la atención de ILE en primer y segundo nivel de atención.
- Actualización y capacitación a profesionales de la medicina sobre técnicas para la atención de ILE y aborto incompleto, con medicación y con AMEU, según lo indicado por la OMS y los protocolos vigentes.
- Capacitación a personal administrativo en temas de salud sexual y reproductiva, confidencialidad y privacidad según la Ley de derechos del paciente.

Referencias bibliográficas



- De Virgilio María Mercedes y Solano Romina (2012) Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales, Buenos Aires, Fundación CIPPEC.
- Gutiérrez, María Alicia, Maffeo, Florencia. “Salud y derechos: un ejercicio de monitoreo social de cumplimiento de ILE en servicios de salud.” Ponencia presentada en las XII Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población – CABA – 3, 4 y 5 de agosto de 2016
- Mario y Pantelides (2009) “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina” Publicado en: Notas de Población N°.87, pp. 95-110.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018) Consejerías en salud sexual y salud reproductiva.
- Ministerio de Salud de la Nación (2019) Protocolo de atención a personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, 2º edición.

