

EQUIPO DE TRABAJO



EQUIPO DE TRABAJO



Coordinación:

Soledad Deza- Lila Aizenberg

Diseño y adecuación local de los instrumentos de monitoreo:

Soledad Deza (Abogada)

Adriana Álvarez (Médica tocoginecóloga)

Equipo interdisciplinario en la recolección de datos:

Fernanda Mónaco, Josefina Artero y Carla Raffo (Psicólogas)

Alejandra del Castillo (Trabajadora Social)

Sofía Gandur y Luciana Gramaglio (Abogadas)

Celina De la Rosa (Comunicadora)

Mónica Barrera (Obstétrica)

Milsa Barros y Fernanda Fernández (Estudiantes de Trabajo Social)

Karen Tejerina (Estudiante de Medicina)

Noelia Aisama, Laila Moliterno y Candela Santucho (Estudiantes de Abogacía)

Análisis Estadístico:

Lourdes Fernández

Análisis de datos:

Soledad Deza - Sofía Gandur - Noelia Aisama - Celina de la Rosa - Luciana Gramaglio

Elaboración del Insumo

Soledad Deza

Colaboración: Noelia Aisama - Sofía Gandur - Celina De la Rosa - Luciana Gramaglio

Ilustración de tapa: Mariana Salinas para Carnes Tolendas

Diseño y diagramación: Virginia Palazzi Comunicación Integral y Género)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA



OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVO PRINCIPAL:

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

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1) Generar un espacio de diálogo con el Estado con la finalidad de incidir en el fortalecimiento de la Agenda de las Mujeres en lo concerniente a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

2) Generar un instrumento de diagnóstico que sirva para el uso de las organizaciones.

3) Visibilizar el impacto desproporcionado que tiene en la vida de las mujeres -embarazo no planificado, embarazo adolescente y maternidad forzada- la falta de acceso a la salud sexual y reproductiva, la obstrucción y la negativa de abortos permitidos por la ley.

4) Ubicar la consulta de interrupción legal de embarazo (ILE) y de salud reproductiva (planificación familiar) como una consulta de salud protegida por derechos y que debe darse libre de violencias.

METODOLOGÍA

El monitoreo social se llevó a cabo a través de la implementación de distintas técnicas de relevamiento: encuestas a mujeres usuarias, entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y observaciones participantes y no participantes en Servicios Públicos de la Provincia: Hospital del Este Eva Perón (Departamento Cruz Alta), Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda (Capital), Hospital Centro de Salud Zenón Santillán (Capital), Hospital Regional de Concepción (Departamento Chicligasta) Hospital Angel C. Padilla (Capital) e Instituto de Ginecología y Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes (Capital). También se realizaron entrevistas en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Capital y del interior.

Se llevaron a cabo **90 encuestas** a usuarias del Servicio Público de Salud fuera de los servicios sanitarios, es decir, mientras ingresaban o salían de Hospitales Públicos de distintos Departamentos de la Provincia o Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS).

Mediante **entrevistas en profundidad** -diseñadas para recabar la mayor cantidad de información como así también para indagar en sensaciones, pensamientos e intuiciones acerca del tema- participaron de forma individual **30** médicos/as, trabajadores sociales, enfermeros/as, psicólogos/as, agentes sanitarios/as y empleados/as administrativos/as, dado que se tomó el concepto de “Personal de salud¹” que proviene de la bioética e incorpora la ley N° 26.485 y el decreto reglamentario N° 1011/10 para reflejar la idea de “**equipo de salud en sentido amplio**”².

Las **observaciones** fueron llevadas a cabo en cada institución de forma **participante y no participante**, según si la monitorea tomó o no el lugar de usuaria para transitar algunos recorridos dentro del Sistema Sanitario de Salud Pública.

REFERENCIAS PARA LA LECTURA DEL INSUMO:

- Hospital del Este Eva Perón (Hospital del Este);
- Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda (Hospital Avellaneda);
- Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán (Hospital Centro de Salud);
- Hospital Regional de Concepción (Hospital Concepción);
- Hospital Ángel C. Padilla (Hospital Padilla);
- Instituto de Ginecología y Maternidad “Nuestra Señora de las Mercedes” (Maternidad);
- Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Referencias para la identificación de las distintas voces:

- Rosado: comentarios de usuarias.
- Celeste: Observaciones Participantes y No Participantes.
- Amarillo: comentarios de integrantes del equipo de salud.

¹ Art. 6 inc. e) Decreto Reglamentario 1011/10 “Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.”

² Los comentarios se referenciarán de esta forma para evitar la individualización y posterior reprimenda de quienes colaboraron con el Monitoreo.

RESUMEN EJECUTIVO



RESÚMEN EJECUTIVO

- 51% de las mujeres identificó como no buscado su primer embarazo y 60% dijo haber cursado algún embarazo no planificado.
- 49% no sabe cuáles son los Derechos Sexuales y Reproductivos
- 87% usó alguna vez un MAC, pero sólo el 51% lo hizo antes del primer embarazo
- 39% dijo utilizar anticonceptivo oral, pero solo la mitad recibió información sanitaria sobre su uso
- Sólo el 27% recibió explicación profesional sobre el uso del preservativo masculino
- 35% dijo usar el MAC que le eligió un profesional
- 80% dijo que no le ofrecieron ligadura tubaria en un servicio de salud
- 45% salió con un MAC post parto y el 100% de las que recordaron el método señaló “pastillas para la lactancia”
- Sólo el 20% conoce que puede acceder a una ILE en caso de estar en peligro su salud
- 38% sabe que puede acceder a una ILE en caso de “violación”, pero sólo la mitad sabe qué es una violación
- 82% no vio en un Servicio de Salud información gráfica sobre ILE
- 91% respondió que no recibió nunca información sobre aborto en una consulta de salud
- 73% no cree que la consulta de ILE esté protegida por derechos y sólo el 40% considera que no pueden negarle este tipo de atención sanitaria
- 93% dijo que acudiría a un Hospital en caso de sufrir un aborto
- 38% dijo que “resolvería por su cuenta” un embarazo no planificado, pero el 60% mencionó solamente métodos inseguros para provocarse un aborto
- 98% de los/as profesionales dijo no haber recibido educación sobre ILE en su formación de grado

CONTEXTO PROVINCIAL



LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS HUMANOS

La reforma constitucional de 1994 incorporó a nuestro derecho con jerarquía constitucional diversos tratados de Derechos Humanos que reconocen preceptos directamente vinculados con los derechos sexuales y reproductivos. Entre los más relevantes podemos mencionar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, siglas en inglés) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)³.

A nivel nacional en el año 2002 se sancionó la Ley N° 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que se propone trabajar en tres grandes ejes: provisión de información y métodos anticonceptivos de forma gratuita a toda la población; capacitación a efectores en el tema para que a su vez puedan garantizar el acceso a la salud libre de violencias y con evidencia científica; y campañas de difusión del Programa aunando el trabajo de las carteras ministeriales de Salud, Educación y Desarrollo Social⁴.

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

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

Además, el art. 86 del Código Penal despenaliza/legaliza la interrupción de un embarazo en tres supuestos: cuando la gestación importa un riesgo para la salud, cuando el embarazo pone en peligro la vida o cuando es producto de una relación sexual no consentida.

Para ejercer efectivamente estos derechos las usuarias requieren de atención sanitaria para cada caso: anticoncepción e interrupción legal del embarazo (ILE).

³ En nuestro país, el derecho a la salud está reconocido en un gran número de tratados internacionales. Por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) indica en su artículo 12 que los Estados Parte reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) también indica en su artículo 12 que “los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” y en su artículo 14, 2b) que los Estados asegurarán la eliminación de la discriminación contra la mujer rural, a través medidas que aseguren que la mujer rural tenga “acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.” Finalmente, el Protocolo de San Salvador estipula en su artículo 10: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.” El Protocolo de San Salvador (PSS) por su parte, contiene un reconocimiento de los Estados firmantes de la salud como “bien público” y la obligación asumida de garantizar su disponibilidad para todas las personas sujetas a la jurisdicción de cada Estado.

⁴ Ley N° 25.673 y Decreto Reglamentario N° 1282/03.

CONTEXTO PROVINCIAL

Tucumán es la única provincia de Argentina que NO adhirió a la ley nacional N° 25.673 y su implementación en la provincia no tiene respaldo legislativo⁵. Luego de 14 años, en octubre de 2016 ingresó en el orden del día de la Legislatura provincial el tratamiento de un proyecto legislativo de adhesión. Sin embargo, fue quitado sorpresivamente sin explicaciones⁶.

Nuestra provincia tampoco adhirió a la ley N° 26.150 -sancionada en el año 2006- de Educación Sexual Integral en todos los niveles de enseñanza, por lo cual su implementación es dispar y no cuenta con una política estatal en tal sentido. Al mismo tiempo se registran resistencias abiertas desde sectores religiosos como la Junta Arquidiocesana de Educación Católica que en el mes de mayo de 2017 reclamó la educación sexual como potestad de los padres argumentando que *“la enseñanza de todos los temas relativos a la sexualidad es tarea de la familia y catalogó de “verdadera colonización ideológica” todo intento de influir en los niños con una perspectiva de género”*.

A la fragilidad normativa se suma un contexto de actores estratégicos conservadores con fuerte incidencia en la vida política de la Provincia, que pugnan abiertamente para obstaculizar la implementación de las políticas públicas destinadas a fortalecer la ciudadanía sexual de las mujeres⁸, en especial “llamando” a la objeción de conciencia de los/as efectores de la salud⁹ a los abortos permitidos por la ley e incorporando sacerdotes como personal de las instituciones públicas ocupadas de garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva¹⁰.

⁵“Tucumán no llega a cubrir la demanda de anticonceptivos”. Nota publicada por APA! Agencia de Prensa Alternativa el 26/06/2017. Disponible en: <http://apaprensa.com/tucuman-no-llega-a-cubrir-la-demanda-de-anticonceptivos/>

⁶“La Legislatura borró del orden del día el tratamiento de la ley 25.673”. Nota publicada por La Izquierda Diario el 27/10/2016, Disponible en: <https://www.laizquierdadiario.com/Tucuman-la-Legislatura-borro-del-orden-del-dia-el-tratamiento-de-adhesion-a-la-ley-de-Salud-Sexual>

⁷“Rechazan educar a los niños bajo una perspectiva de género”. Nota publicada por La Gaceta el 19/11/2016. Disponible en: <http://www.lagaceta.com.ar/nota/708166/sociedad/rechazan-educar-ninos-bajo-perspectiva-genero.html>

⁸“Rechazan educar niños bajo perspectiva de género”. Nota publicada por La Gaceta el 19/11/2016. Disponible en: <http://www.lagaceta.com.ar/nota/708166/sociedad/rechazan-educar-ninos-bajo-perspectiva-genero.html>

⁹A modo de ejemplo sobre la cruzada mediática que se ha hecho para alentar la objeción de conciencia se ofrece el siguiente clipping: “Monseñor Zecca vuelve a embestir contra el aborto”. Nota publicada por Diario 24 el 1/04/2012 (disponible en: <http://www.eldiario24.com/nota.php?id=250299>), “Zecca pidió a los médicos que hagan valer su derecho a la objeción de conciencia” Nota publicada por El Siglo el 4/04/2012 (disponible en <http://www.elsigloweb.com/nota.php?id=89144>), “Monseñor Zecca molesto con Alperovich por su postura sobre el aborto” Nota publicada por Diario 24 el 4/04/2012 (disponible en <http://www.eldiario24.com/nota.php?id=250740>), “Zecca opone conciencia al aborto” Nota publicada por Los Primeros el día 8/04/2012 (disponible en <http://www.losprimeros.tv/nota/44257/monsenor-zecca-opone-la-conciencia-contra-el-aborto.html>), “El Arzobispo pidió a médicos tucumanos se nieguen a realizar abortos y a Alperovich que recapacite” Nota publicada por Contexto el 20/03/2012 (disponible en: <http://www.contexto.com.ar/nota/71771/El-Arzobispo-pide-que-los-m%C3%A9dicos-tucumanos-se-nieguen-a-realizar-abortos-y-que-Alperovich-%22recapacite%22.html>).

¹⁰Recientemente se incorporaron a Hospitales Públicos, por decisión del Ministerio de Salud local, capellanes como personal de “pastoral”. Esta situación entorpece el acceso a prácticas como la ILE y tenemos conocimiento del caso de una niña de 12 años que embarazada fue derivada desde el Hospital de Niños a la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes para una ILE y finalmente, luego de que intercediera el “Padre Enzo Romero” en su atención sanitaria, la niña terminó siendo trasladada a un Hogar de Monjas para que continúe allí su gestación, disponible en: <http://msptucuman.gov.ar/se-ampliara-el-servicio-de-la-pastoral-en-los-hospitales/>



Foto de una Misa Católica llevada a cabo en escalinatas de una Maternidad tucumana en el marco de la atención de una ILE realizada a una niña de 11 años embarazada de su padre biológico¹¹

En el año 2012, en lo que se dio a conocer como el caso “María Magdalena”¹², una paciente de la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes fue denunciada en situación post aborto por las médicas que la atendieron y marcó el rumbo de un camino de violaciones de derechos y violencias institucionales para el caso “Belén”¹³, en el cual una joven estuvo presa durante 900 días a consecuencia de un aborto.

El 10 de diciembre de 2014 **Católicas por el Derecho a Decidir Argentina (CDD)** pidió al Ministerio de Salud de la Provincia información pública sobre la situación del acceso al aborto legal en Tucumán. Luego de dos años sin respuestas CDD inició un acción de amparo ante la Cámara Contencioso Administrativo Sala I¹⁴ y finalmente, en fecha 14/02/2017 se ordenó judicialmente brindar la información solicitada.

El informe firmado por el Secretario Ejecutivo del SI.PRO.SA, Dr. Gustavo Vigliocco, afirma que en Tucumán “*el Estado garantiza el acceso al aborto a través de un convenio entre el Ministerio de Salud de la Provincia y el Ministerio de Salud de la Nación firmado en noviembre de 2011*”. También reconoce aplicar el “**Protocolo para la Atención Integral de personas con derecho a interrumpir legalmente un embarazo**” (ediciones 2010 y 2015) y haber realizado capacitaciones siguiendo la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto (2015)”, el “Fallo F.A.L.” y las “Recomendaciones de la OMS 2012, FLASOG 2013 y FIGO 2”, aunque

¹¹ “Maternidad de Tucumán, aborto a las 20 semanas” Nota periodística publicada por La Gaceta el 22/04/2013. Disponible en <http://www.lagaceta.com.ar/nota/541895/lectores-periodistas/maternidad-tucuman-aborto-20-semanas.html>

¹² “Dos médicas y una paciente se denunciaron entre sí”. Nota publicada por La Gaceta el 14/08/2012. Disponible en: <http://www.lagaceta.com.ar/nota/505775/policiales/dos-medicas-paciente-maternidad-se-acusan-entre-si.html>

¹³ “Cronología del Caso Belén” Publicado por Fundación Mujeres X Mujeres el 05/07/2017. Disponible en: <http://mujeresxmujeres.org.ar/el-caso-belen-soledad-deza-y-su-defensa-tecnica/>

¹⁴ Expte. judicial N° 168/16.

indica que estaban dirigidas sólo a “profesionales médicos ginecólogos y obstétricos”. En cuanto a los datos sobre aborto peticionados, informó:

- Entre 2012 y 2016 murieron 14 tucumanas por complicaciones por aborto.
- Los egresos hospitalarios por complicaciones por aborto en Tucumán fueron: en el año 2013: 2.709; en 2014: 1.366; en 2015: 1.208 y en 2016: 1.324.
- Entre el 2014 y el 2016, se hicieron en la provincia sólo 16 interrupciones legales de embarazos.
- Sólo en dos hospitales se practican interrupciones legales de embarazos (ILE): Maternidad Nuestra señora de las Mercedes (San Miguel de Tucumán y Hospital del Este (Banda del Río Salí)
- Ninguna institución sanitaria privada manifestó tener dentro personal objetor de conciencia.
- Todas las instituciones públicas cuentan con Misoprostol para realizar aborto farmacológico.

Respecto a los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva podemos decir que la tasa de fecundidad general de mujeres de 15 a 49 años en Argentina es 70.7, mientras que en Tucumán llega al 73.5. En el caso de las mujeres adolescentes de 15 a 19 la tasa de fecundidad en Argentina alcanza 62.6, mientras que, en Tucumán llega al 73,7¹⁵.

En nuestra provincia aproximadamente el 20% de los nacidos vivos en 2016 corresponden a partos en menores de 19 años: **5.451 madres adolescentes**¹⁶. El doctor José Núñez, Jefe del departamento Materno Infanto Juvenil del PRIS¹⁷, señaló que *"esto no es tan solo un problema de salud, es un problema poblacional de una salud integral de las adolescentes, por eso es un tema que está candente a nivel mundial el aumento del porcentaje de embarazos en madres adolescentes. Es un problema a nivel mundial analizado por la OMS el aumento de índices de embarazos en adolescentes"*¹⁸.

¹⁵ Datos de estadísticas Vitales, Información Básica – año 2015- DEIS/MSAL serie 5 n°59

¹⁶ Estadísticas Vitales, Información Básica – Año 2015 – DEIS/MSAL Serie 5 N° 59, disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

¹⁷ La Dirección General de Programa Integrado de Salud (PRIS) coordina los programas sanitarios de manera que se potenciarán unos con otros, utilizando eficazmente los recursos para focalizarlos en las prioridades de salud y gestionar los recursos provinciales y nacionales, a través de una administración contable y financiera única para todos los programas. Disponible en <http://msptucuman.gov.ar/direcciones-generales/direccion-general-de-programa-integrado-de-salud/>

¹⁸ “En Tucumán el promedio de embarazo juvenil supera la media nacional” Nota periodística publicada por Diario 24 el 12/07/2017. Disponible en: <https://www.eldiario24.com/nota/tucuman/403132/tucuman-promedio-embarazo-juvenil-supera-media-nacional.html>

LAS USUARIAS



¿EN QUÉ CONDICIONES LLEGAN LAS USUARIAS AL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD?

La noción de ciudadanía -entendida como “el derecho a tener derechos”¹⁹- permite analizar en qué condiciones llega una usuaria al servicio de salud e implica, especialmente para quienes tienen la capacidad biológica de gestar, el respeto por los derechos sexuales y reproductivos. Decidir tener hijos, no tenerlos, cuántos y con qué intervalo entre cada nacimiento requiere, además de una decisión autónoma, de acciones concretas del Estado -información y provisión de métodos anticonceptivos (MAC)- para asegurar una vida sexual libre de discriminación y violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que "La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos (...) La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades."²⁰

Al crear el **Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable**, la ley N° 25.673 reconoció de forma expresa que *“estadísticamente se ha demostrado que, entre otros, en los estratos más vulnerables de la sociedad, ciertos grupos de mujeres y varones, ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos”*. Si bien no existe una ley que así lo disponga, la población que accede a la salud en el Servicio Público pertenece principalmente a sectores de escasos recursos económicos y simbólicos. Esta situación debilita el grado de ciudadanía.

¿QUIÉN ES LA USUARIA DEL HOSPITAL?

Datos Socioeconómicos

- La edad promedio de las usuarias encuestadas es de 30 años (de un rango entre 15 a 52 años). 7 de cada 10 mujeres consultadas accedieron a la educación obligatoria: primaria y secundaria completa²¹.

Referencias de gráfico de estudios alcanzados: primario incompleto (**PI**), primario completo (**PC**), secundario incompleto (**SI**), secundario completo (**SC**), terciario o universitario incompleto (**T/UI**), terciario o universitario completo (**T/UC**) **(esto va en un recuadro al lado del gráfico)**

¹⁹ ARENDT, Hannah (1998) “La condición humana”. Barcelona. Ed. Paidós.

²⁰ Determinantes Sociales en salud. Nota descriptiva de 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

²¹ Ley N° 26.206. Art. 29.



Graf 1. Nivel máximo educativo alcanzado por las encuestadas

- El 78% de las encuestadas no tiene empleo remunerado contra el 22% que, si lo tiene, de las cuales un 30% presenta ingresos inferiores a los \$5.300 y un 50% tiene ingresos entre \$5.300 y \$7.600, es decir, por debajo del Salario Mínimo Vital y Móvil. Se presentan dos casos con ingresos entre \$7.600 y \$10.000.

- El 52% de las encuestadas cuenta con un plan de ayuda asistencial que en el 98% de los casos es la Asignación Universal por Hijo (AUH).

- El 80% de las encuestadas realizan trabajo de cuidado al tener al menos un hijo/familia a cargo.

- El 55% de las encuestadas tiene una pareja estable con la que conviven.

Niños, niñas y adolescentes (NNA)

- El 62% de las usuarias encuestadas acuerda con que NNA pueden recibir información y provisión de un MAC, aun sin compañía de sus padres. El 27% cree que no y el 11% no sabe.

- Y el 91% de las usuarias encuestadas indica que NNA deben recibir Educación Sexual Integral (ESI) en la Escuela. **(Gráfico 2)**



Graf 2. ¿Debe implementarse la ESI en la Escuela?

Se destacan los siguientes **comentarios de usuarias entrevistadas**: *“Falta información sobre educación sexual sobre todo donde yo vivo (El Rincón), ahí nadie da educación sexual” - Madre de 2 hijos.* *“Debería explicarse más sobre salud sexual, pero no estoy de acuerdo con que vayan solos al médico para pedir anticonceptivos” - Madre de 5 hijos.*

En **observación no participante** se reseñó: Sí, se atienden a adolescentes, en su mayoría están acompañadas. Las adolescentes son atendidas, sólo en casos de vulnerabilidad dan aviso al servicio social. No se vieron situaciones discriminatorias. También dependiendo del caso se pide que regresen con los padres (**Hospital del Este**). Sí, si se atiende a jóvenes y adolescentes que acuden sin compañía de adultos. En general, no hay situaciones de discriminación por origen étnico o sus características físicas, refieren profesionales consultados. Se conoce, no obstante, que personas del colectivo LGBTI, por denuncias que realizaron, son discriminados cuando asisten para realizar los tratamientos de hormonización. Las tratan con los nombres masculinos (**Maternidad**)²².

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

- *“Hay una distancia muy grande entre la falta de educación sexual integral y la posibilidad de exigir derechos sexuales y reproductivos. Mientras no se revierta lo educativo es difícil avanzar” (Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).*

- *“Como buenas prácticas la información, explicar el proceso respetuoso de las normas y la protección de las adolescentes y niñas. Debe primar el buen trato” (Agente Socio sanitario de Capital).*

- *“Faltan campañas de concientización, muchos embarazos adolescentes en la zona” (Integrante del equipo de salud del CAPS de Capital).*

- *“Debería haber más campañas sobre todo para los adolescentes, porque no saben cuidarse y pueden contagiarse de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y las mujercitas quedar embarazadas” (Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).*

EMBARAZO NO PLANIFICADO

El 51% de las mujeres encuestadas identificó su primer embarazo como no buscado o no planificado, y la mayoría aclara que **“vinieron solos”**. (Gráfico 3)

²²En otra Institución, Centro de Salud Zenón Santillán, tuvo recientemente lugar una situación de fuerte violación de derechos a una mujer trans, pese a funcionar en dicho Nosocomio el “Observatorio de la Mujer”, “Discriminan a una transexual en el Hospital Centro de Salud de Tucumán” Nota publicada por Vo-Ve el 18/09/2017. Disponible en <http://vo-ve.com/nota/25540/Actualidad/Discriminan-a-una-transexual-en-el-Hospital-Centro-de-Salud-de-Tucuman->



Graf 3. ¿Su primer embarazo fue buscado o planificado?

El 60% de las encuestadas dijo haber cursado algún un embarazo no planificado. El 53% de ellas dijo haberlo llevado a término y el 11% restante dijo que lo perdió solo o que fue víctima de violencia que ocasionó la pérdida. El porcentaje referido a la opción no **corresponde** comprende a aquellas mujeres cuya respuesta a la pregunta anterior fue negativa, es decir, mujeres que no cursaron un embarazo no planificado. (Gráfico 4)



Graf 4. ¿Cursó un embarazo no planificado?



Graf 5. ¿Llevó a término un embarazo no planificado?

Pese a que más del 90% de las usuarias dice saber que tienen derecho a obtener un método anticonceptivo (MAC) de forma gratuita de parte del Estado, **sólo 5 de cada 10 mujeres dijo que conocía o que usó uno antes de su primer embarazo**, siendo 30 años la edad promedio de las usuarias encuestadas.

Posiblemente el 13% que “no contesta” tampoco lo haya usado, frente a lo cual tenemos que sólo 3 de cada 10 mujeres sabían de sus posibilidades de controlar la natalidad o controlaron efectivamente la natalidad antes de ser madres.

Partiendo de la base de que **el 60% de las usuarias dijo haber cursado al menos un embarazo no planificado** y que **el 70% tiene educación obligatoria completa (primaria y secundaria)** se analizarán a continuación los datos obtenidos en este Monitoreo Social bajo un esquema que comprende dos ejes centrales de la soberanía reproductiva: anticoncepción y aborto, ambos ubicados en el marco de la relación médico-paciente.

A) ANTICONCEPCIÓN (MAC)

1. ¿Qué saben las usuarias sobre MAC?
2. Información sanitaria y elegibilidad de MAC
3. Principales barreras u obstáculos para la atención de la salud sexual y reproductiva

b) INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

1. Causal Salud
2. Causal Violación
3. Atención Sanitaria
4. Calidad de atención

LAS USUARIAS Y LOS MAC



1. ¿QUÉ SABEN LAS USUARIAS SOBRE MAC?

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

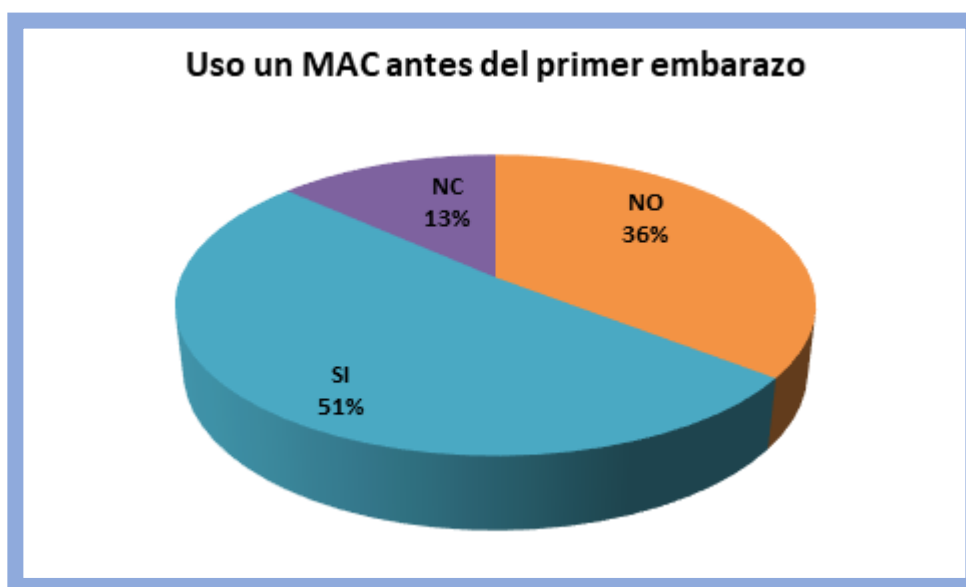
1 - Preservativo
2 - Preservativo Femenino
3 - Pastillas Anticonceptivas
4 - Parches Anticonceptivos
5 - Pastillas para la lactancia
6 - Implante Subdérmico
7 - DIU
8 - SIU (Sistema de Liberación Intrauterina)
9 - Ligadura de Trompas
10 - Vasectomía
11 - Inyección mensual o trimestral
12 - Anticoncepción de emergencia (o pastillas del día después)
13 - Anillo Vaginal
14 - Otro método (coitus interruptus, ritmo, etc)

Graf 6. Lista de MAC suministrada en las encuestas

Los métodos más conocidos de acuerdo a las encuestas son: las pastillas anticonceptivas (89%) y el preservativo masculino (84%), seguido por las inyecciones mensuales o trimestrales (56%) y en igual medida la ligadura de trompas y la anticoncepción de emergencia (51%). El método menos conocido es el SIU (4%).

Pese a que al ser interrogadas sobre si “sabían o conocían qué son los derechos sexuales y reproductivos” la mitad de las encuestadas respondió NO, el 93% dijo conocer que tiene derecho a acceder a un MAC de forma gratuita.

El 87% de las usuarias reconoció haber utilizado alguna vez un MAC, sin embargo, sólo el 51% dice haberlo usado antes de su primer embarazo. (Gráfico 7)



Graf 7. ¿Usó MAC antes del primer embarazo?

De los cuatro métodos más conocidos por las usuarias, se indagó si la **explicación sobre su uso fue brindada por un/a profesional** y los resultados son los siguientes:

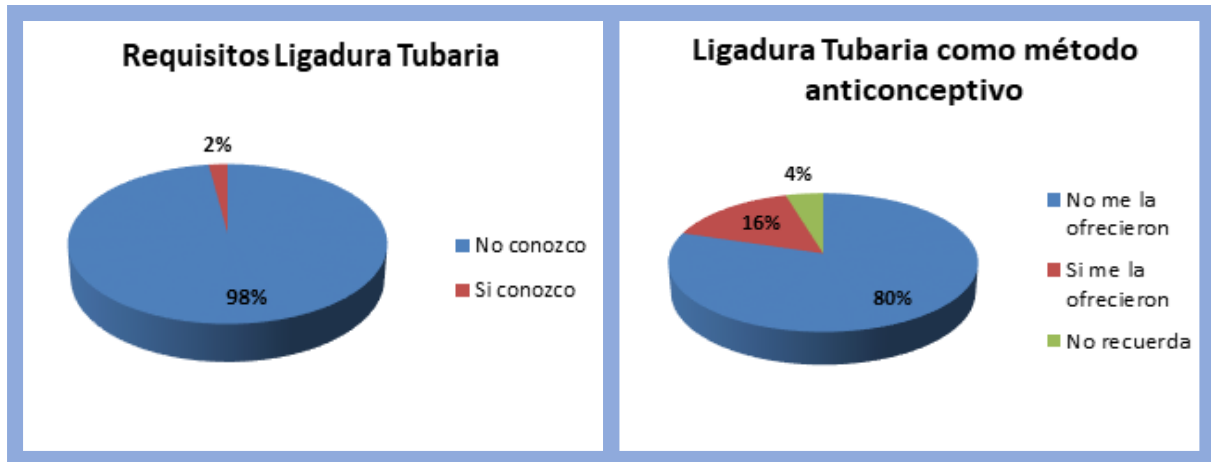
MAC	¿Un/a profesional le explicó su uso?
Pastillas anticonceptivas	51%
Preservativo masculino	27%
Inyecciones Mensuales o Trimestrales	23%
Ligadura de Trompas	15%

Graf 8. Cuadro sobre la explicación profesional sobre el uso de MAC (incorporado en el texto si se puede)

LIGADURA TUBARIA

Se destaca el siguiente comentario extraído de una encuestada: *“Cuando tuve mi tercer hijo quise ligarme y me decían que era muy joven (tenía 23 años entonces). Me pude ligar recién a los 31 años”* - **Madre de 5 hijos.**

El 98% de las encuestadas reconoció no tener información sobre los requisitos legales para el acceso a la anticoncepción quirúrgica para mujeres y el 80% respondió que no se les ofreció este método en ningún servicio de salud.



Graf 10. ¿Conoce los requisitos para ligadura tubaria?

Graf 11. ¿Le ofrecieron ligadura tubaria como MAC?

La ley N° 26.130 tiene como únicos requisitos para este método: mayoría de edad y consentimiento informado. Este dato es importante en tanto se conoce que en algunas Instituciones se exige un determinado número de hijos/as, dictamen previo de salud mental o consentimiento de la pareja cuando la mujer está casada.

Se destaca el siguiente comentario recogido en una **entrevista en profundidad**: *“En el hospital se dejaron de hacer las ligaduras de trompas”, y la entrevistada atribuye ésta medida a la posición objetora de la Dirección. “El argumento fue que en el hospital Néstor Kirchner hay un equipo especializado para eso. Se derivan a las mujeres para ahí” (Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).*

VASECTOMÍA

Se destaca el siguiente comentario extraído de una de las encuestas: *“No sabía de la vasectomía, me sorprendió mucho, no me dijeron que mi marido podría hacerse eso”* Madre de 6 hijos, 1 fallecido hace un mes de 35 semanas.

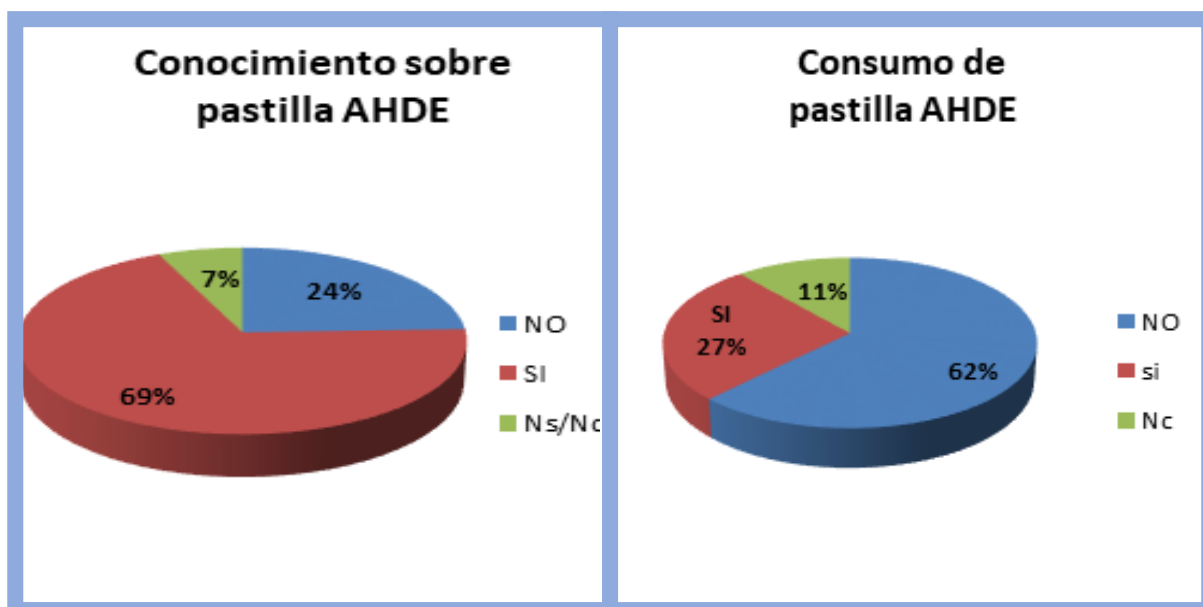
El 89% de las encuestadas dijo **NO** conocer la vasectomía.



Graf 9. ¿Cuenta con información sobre vasectomía?

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA (AHDE)

El 69% de las usuarias conoce este MAC y el 62% dice no haberla consumido nunca.



Graf 12. ¿Conoce la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHDE)?

Graf 13. ¿Utilizó Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHDE)?

Volviendo a lo que conocen las usuarias sobre anticoncepción, el 67% reconoció haber pedido un MAC en una institución pública alguna vez y el 69% afirma que se lo dieron. Un 15% respondió que se les negó, en la mayoría de los casos por faltante en ese momento o bien porque ya habían agotado las dosis previstas para el mes para cada paciente.

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

2. INFORMACIÓN SANITARIA Y ELEGIBILIDAD DE MAC

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

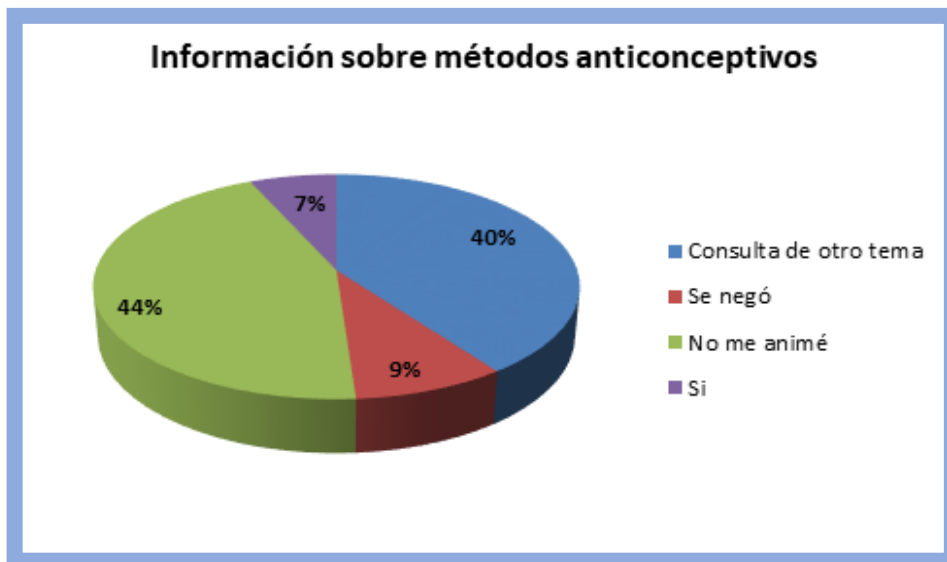
La legislación, en orden al carácter asimétrico del vínculo sanitario, prevé expresamente -y como interdependientes- dos obligaciones sanitarias centrales para la salud sexual y reproductiva: la de respetar la autonomía y la de brindar información. Por **autonomía de la voluntad** debe entenderse “el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa”²³. La **información sanitaria** brindada por el/la profesional de salud resulta clave para la toma de decisiones libres y debe entenderse como “aquella que, de manera **clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente**, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos”²⁴.

Frente a la pregunta “**¿Recibiste información y/o te dieron un método anticonceptivo cuando consultaste por planificación de embarazo?**” las respuestas indican que sólo un 22% recibió información y MAC. El 42% parece haber recibido información no satisfactoria en tanto contesta “si, algo” (31%) o “sí, pero no entendí” (11%).

Se continuó indagando acerca de la consulta sobre salud reproductiva y frente a la pregunta “**Durante la última consulta ginecológica ¿te informaron sobre métodos anticonceptivos?**” Se destaca el alto porcentaje de pacientes que **no se animaron a pedir información sobre métodos anticonceptivos (44%)**, como así también el bajo porcentaje de información brindada por los profesionales de la salud (7%).

²³ Art. 2 inc. e) de la ley N° 26.529.

²⁴ Art. 3 de la ley N° 26.529.

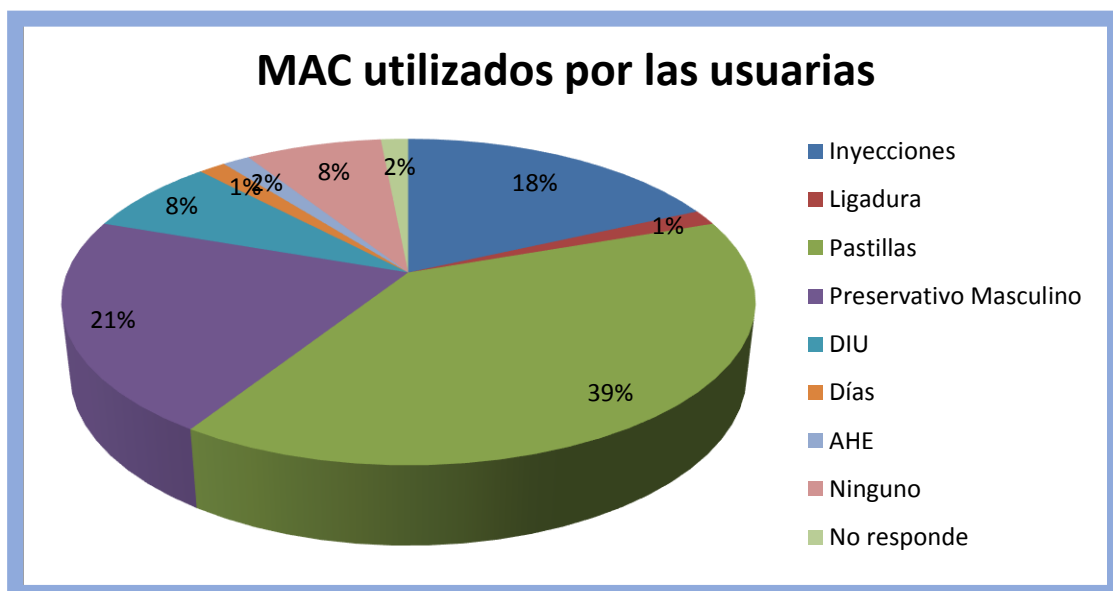


Graf 14. Durante la última consulta ginecológica ¿te informaron sobre MAC?

Solo 1 de cada 10 mujeres encuestadas reconoce que se animó a solicitar más información.

Se destaca el siguiente comentario extraído de una de las encuestadas: *“A veces te tocan profesionales que te atienden muy mal, como hay otros que te atienden bien. Yo tuve una mala experiencia con el doctor de antes, no me atendía bien y cambie de médico, ahora siempre vengo el mismo día, me gusta como atiende”* - **Madre de 1 hijo.**

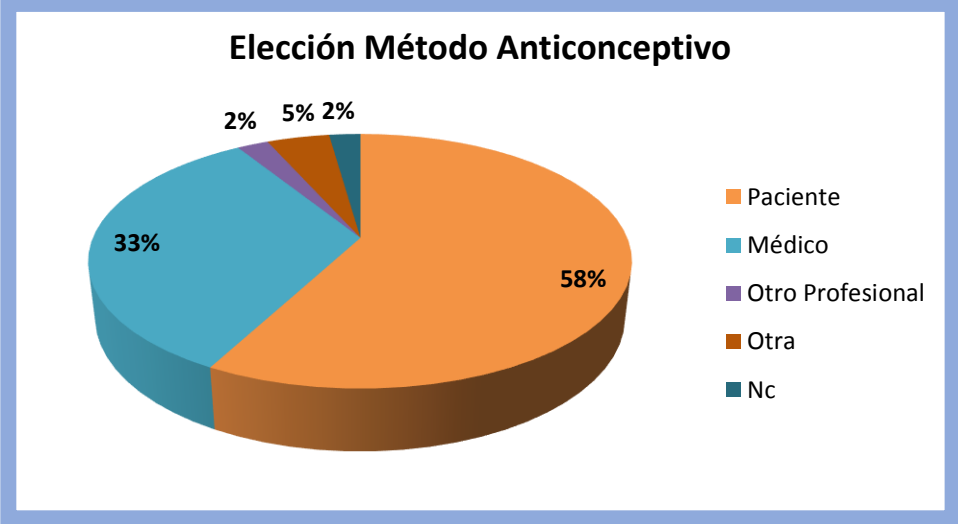
Consultadas sobre métodos utilizados efectivamente, aquellas mujeres que respondieron afirmativamente que habían solicitado MAC en instituciones públicas (67%), se obtienen las siguientes respuestas:



Graf 15. Métodos anticonceptivos utilizados por las usuarias

4 de cada 10 mujeres utilizan las “pastillas” en coincidencia con los datos acerca de la información sanitaria que brindan los/as profesionales, por lo cual se podría afirmar que **las usuarias utilizan el MAC que les indica el médico.**

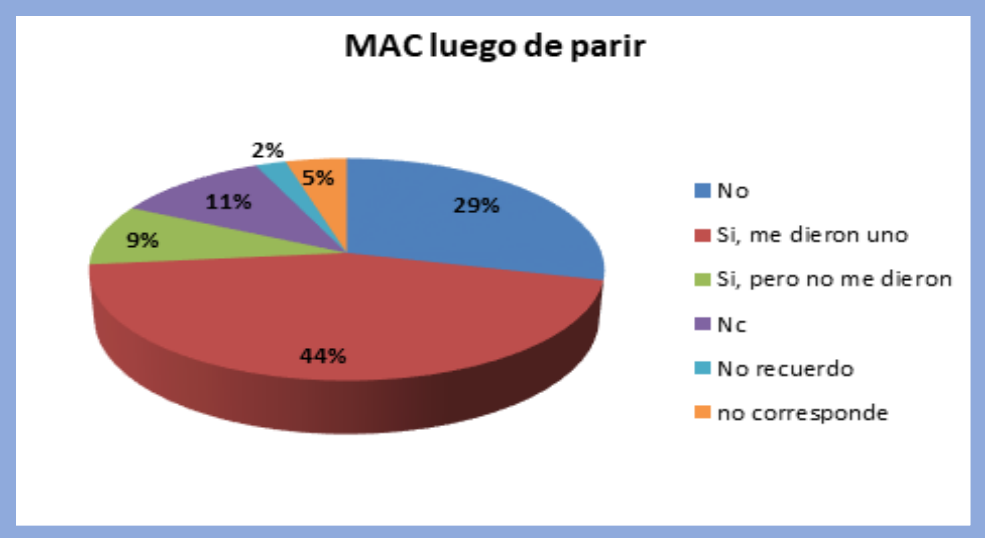
Si bien el 89% de las mujeres encuestadas identifican su derecho a elegir libremente el MAC para sí, **el 35% reconoce que el método fue finalmente elegido por el o la profesional de la salud.**



Graf 16. ¿Quién hizo la elección del MAC?

Viene a colación tomar en cuenta que los MAC irreversibles parecen no figurar en la oferta sanitaria de los/as profesionales, toda vez que el 89% de las encuestadas dijo no conocer la vasectomía y el 98% que dijo no conocer los requisitos legales de la lisis tubaria, al tiempo que el 80% dijo que no se la ofrecieron en un servicio de salud.

Se destacan dos datos: 3 de cada 10 mujeres salieron de parir sin un MAC y el 7% que no contesta o no recuerda posiblemente salió en iguales condiciones y el 45% de las encuestadas dijo que salió del Hospital luego de parir, con un MAC.

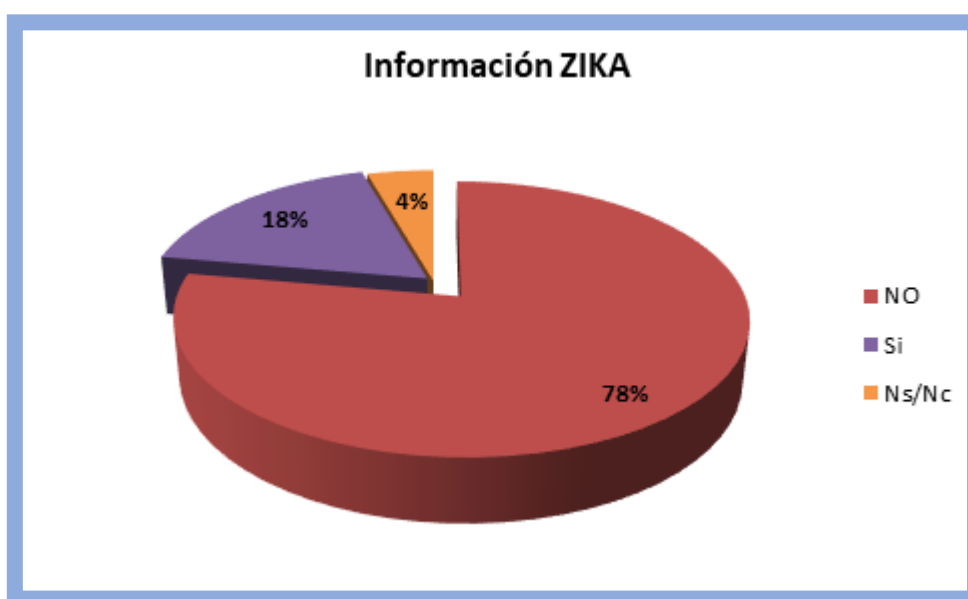


Graf 17. ¿Utilizó MAC después de parir?

Sin embargo, el 100% de aquellas que recordaron ese método mencionaron **“las pastillas para la lactancia”**. La frecuencia absoluta referida a la opción “No Corresponde” se refiere a aquellas mujeres que aún no tuvieron hijos.

En cuanto a la necesidad de uso de MAC **estando vigente la alerta del zika**, a pesar de haberse iniciado desde el Ministerio de Salud una campaña pública de difusión sobre el tema; y aún cuando las implicancias de esta enfermedad para gestación son graves y de público conocimiento, **el 78% de las usuarias encuestadas manifiestan no haber recibido información sanitaria sobre el tema** en su última consulta efectuada en los meses de Febrero y Marzo, época de peligro de contagio por la estación

Este dato resulta relevante por cuanto en el mes de noviembre²⁵ del año 2016 en Tucumán se registró el primer caso de un bebé muerto por Zika.



Graf 18. ¿Recibió información sobre ZIKA?

Se destaca la siguiente **observación no participante**: respecto al Zika se observa cartelera (grande y visible) sobre prevención, síntomas y recomendaciones. Referente a la mujer embarazada se recomienda cuidar al “bebé” y evitar picaduras ante la posibilidad de “malformaciones cerebrales y otras complicaciones”. No se observa información sobre el contagio por transmisión sexual, ni la posibilidad de una interrupción legal del embarazo en embarazos vinculados con esta patología. El cartel cuenta con logo del Ministerio de Salud Pública del Gobierno de Tucumán (**Hospital de Concepción**).

²⁵ “Tucumán: confirman que el bebé que murió con microcefalia tenía zika” Nota publicada por Clarín el 12/11/2016. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/tucuman-confirman-murio-microcefalia-zika_0_SyzulbSWI.html

3. PRINCIPALES BARRERAS U OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

a. Desabastecimiento en instituciones públicas

A propósito de esta barrera se destaca la siguiente **observación no participante**: los dispensers (dos) de preservativos están vacíos. Dentro del consultorio tienen pocas cajas de preservativos y poca provisión de anticonceptivos. Los profesionales dicen que son limitados los recursos que tienen y que los dispensers están vacíos porque la gente saca y no los usa. O sólo son usados por el personal del hospital (**Hospital del Este**).

Además, el desabastecimiento de MAC en instituciones públicas es corroborado en entrevistas realizadas a profesionales del área sanitaria quienes frente a la pregunta *¿Cuál es su opinión sobre la situación de salud sexual y reproductiva en la provincia?* respondieron:

- “Lamentablemente hay falta de anticonceptivos y pienso que se debería regular para que no falten” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción**).

- “Uno de los principales problemas es la limitada disponibilidad de anticonceptivos en los centros de atención primaria de salud y por otro lado no siempre se brinda la información o la atención necesaria, lo cual debería ser una prioridad del personal del sector” (**Integrante del equipo de salud del Hospital del Este**).

- “Reconozco la falta de insumos dentro de los CAPS para ser repartidos. Incluso, muchas veces hay barreras para que se otorguen” (**Integrante del equipo de salud del CAPS del interior**).

- “Desde los servicios de salud se trata de brindar insumos (anticonceptivos) y prestaciones aunque todavía hay huecos en muchos aspectos” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda**).

- “Acá no hay dispendio de preservativos. La provincia nos provee para prevenir VPH” (**Integrante del equipo de salud del Centro de Salud**).

b. Información gráfica sobre derechos sexuales y reproductivos

De conformidad con el artículo 8 de la ley N° 25.673 y su decreto reglamentario N° 1282/2003, “los ministerios de SALUD, de EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas, al menos una vez al año, para la difusión periódica del Programa”. En el marco de la atención sanitaria que regula **ley N° 26.529** se expresa que rige también para los centros de salud públicos y privados de atención, la obligación legal de “adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los pacientes en materia de información sanitaria”²⁶.

El mismo Estado nacional entendió que “la Ley N° 25.673 importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación

²⁶ Art. 3 del Decreto Reglamentario N° 1089/12.

de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros”²⁷. Sin embargo, este tipo de campañas de difusión no existen, como así tampoco la información gráfica que dé cuenta de estos derechos.

En **observación no participante** se detectó el déficit de información gráfica vinculado con este tipo de atención sanitaria: de observa cartelería bastante pequeña pero visible sobre derechos sexuales y reproductivos. El mismo indica: “salud sexual y reproductiva, identidades diversas, los mismos derechos”. Cuenta con escasa información, gráficos sobre la diversidad en parejas sexuales, y número telefónico para mayor información (**Hospital de Concepción**). No hay ningún cartel sobre derechos sexuales y reproductivos, los carteles que se encuentran en las paredes son de campañas de vacunación, de la hepatitis, y el HPV. Mientras se observó un solo cartel vacunación de la hepatitis y HPV, se identificaron aproximadamente 10 carteles para denunciar agresiones que sufran los médicos. *Un cartel que anuncia las misas que ofrece la Parroquia Cristo Rey*. La folletería sobre salud sexual, nos indicaron, se encuentra en el consultorio de la médica ginecóloga que el día que fuimos a observar no había ido al CAPS (**CAPS Capital**). Se observó la falta de folletería y/o carteles sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo, dentro del consultorio de ginecología se pudo observar cartelería sobre ETS, HIV, ciclo menstrual y métodos anticonceptivos. Pero no se observa información relacionada con causales de interrupción legal del embarazo (**Hospital Centro de Salud**). Caminando por el hospital no se observan dispensarios de pastillas y/o preservativos lo que sí pude observar era el traslado del kit habitual de anticoncepción en bolsitas. Camino al primer piso donde se encuentran algunos consultorios y mujeres bajando con estas bolsas (**Hospital Avellaneda**). Se ven folletos de VIH-Sida, taller de embarazadas (obstétricas, profesionales y PIM) de la maternidad, sobre ITS. También sobre las enfermedades de la temporada de invierno y otro sobre prevención en depresión. La cartelería informativa está colgada en corchos o transparentes. Cerca del laboratorio, al final del pasillo, los carteles tienen que ver con mamografía y cáncer de mamas (**Hospital del Este**). En el salón de ingreso solo se observa un cartel que contiene información sobre “preparación integral para la maternidad” y se presentan actividades orientadas a la preparación del parto que se realiza en la institución (**Maternidad**). No se observa ningún consultorio y/o sector que trate salud sexual y reproductiva. Solo se observa consultorios individualizados en oftalmología y enfermería, entre otros (**Hospital Centro de Salud**).

Se destaca el siguiente comentario surgido de una **entrevista en profundidad** con un/a profesional:

• “Las campañas para acercar el conocimiento al paciente no son efectivas y completas y no se ven seguido campañas de concientización que sean abarcativas para el público en general” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla**).

c. Obstáculos médico-burocráticos en el circuito de atención sanitaria

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

²⁷ Art. 8 del Decreto Reglamentario N° 1282/2003. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley.php>

Para tener idea del recorrido que realiza una mujer en una Institución para acceder a un MAC se transcribe la siguiente **observación participante**: Ante la consulta en la farmacia del hospital sobre la provisión de anticonceptivos, me informaron que primero debo pasar por consulta ginecológica, que el/la profesional es quien me otorgará una receta para que pueda retirar el método anticonceptivo ya sea en la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes o en algún CAPS. Agregaron que la farmacia del hospital no cuenta con insumos para su distribución. Es la Maternidad quien los provee y es allí donde debo dirigirme. Me dirijo a recepción a sacar un turno para la consulta y allí averiguo también sobre la disponibilidad de una profesional mujer que me atienda. Me informan que sólo contaban con dos profesionales, una se encontraba de licencia mientras que la otra estaba con “sobretorno” por lo que me ofrecieron atención de un profesional hombre y accedí. Sin embargo, el turno para mí era para dentro de dos semanas indicando fecha, hora y número de consultorio (Nº 23), no está identificado como atención ginecológica, ni el nombre del profesional que me atenderá (**Hospital Centro de Salud**).

Se destaca en la siguiente **observación no participante**: Los métodos anticonceptivos sólo son recetados por la médica ginecóloga. Una vez realizada la consulta con la médica ginecóloga ella da una orden para que los MAC sean entregados en la farmacia del CAPS (**CAPS interior**). No se observa un área que se ocupe del tema. Dentro de los consultorios de la consulta ginecológica, se brinda la información sobre métodos de anticoncepción y mediante receta se otorga los anticonceptivos. Pregunté sobre la posibilidad de colocarme un DIU y desde mesa de entrada nos indican que sólo un médico realiza la práctica (**Hospital de Concepción**). Las consultas de ginecología y obstetricia en este hospital sólo son para mujeres que cursan embarazos de riesgo. No se reciben consultas de enfermedades o atención ginecológicas. Hay un solo consultorio de salud sexual y reproductiva que no está visible. Hacen consultas de anticoncepción reforzadas por el área de servicios sociales (...) Sí existe un área de salud sexual y reproductiva a cargo de las obstétricas pero no hay carteles que indiquen su ubicación. Los anticonceptivos se entregan a las mujeres que van al consultorio. No se hace atención primaria ni preventiva (**Hospital del Este**). No se observa un sector que trate salud sexual y reproductiva, salvo el único consultorio de ginecología. Para ubicarlo fue necesario pedir instrucción. Al llegar a la puerta del consultorio, nos atendió una enfermera que nos informó que para cualquier consulta debíamos pedir turno como corresponde (**Hospital Padilla**).

LAS USUARIAS Y LA ILE



INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

Si bien el art. 85 del Código Penal criminaliza la interrupción voluntaria del embarazo, el art. 86 habilita un sistema de permisos para casos en que abortar es una elección válida para toda mujer y por ende, debe contar con la prestación médica respectiva para que ese derecho no se torne ilusorio.

Así, desde 1.921 interrumpir un embarazo que pone en peligro la salud o la vida de la mujer o un embarazo que es producto de una relación sexual no consentida, es una opción legal en nuestro país. Sin embargo, la prestación médica no siempre está disponible en las instituciones sanitarias y a menudo niñas, adolescentes y mujeres enfrentan numerosos obstáculos que dilatan o pueden llegar a impedir este derecho.

1. CAUSAL SALUD

Bajo la denominación “**Causal Salud**” se comprende toda gestación que ponga en riesgo o afecte la salud de una mujer. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un “*estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones*”²⁸ y a su vez, el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a Interrumpir un Embarazo (Protocolo ILE), que el Sistema Provincial de Salud (SI.PRO.SA) informó aplicar en la provincia²⁹, reconoce que “*El peligro para la salud debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto*”³⁰.

La legislación vigente **no exige gravedad** en el riesgo de salud que sufra la mujer y en esta línea el Protocolo ILE indica como buena práctica: “*Si se trata de una mujer en buenas condiciones de salud pero con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de precipitación de una afectación; asimismo, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación, aparición de secuelas o incluso la muerte*”³¹.

Sobre el concepto de salud mental, la ley N° 26.657 indica que es “*un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*” (art. 3º). El decreto 603/2013, mediante el cual se reglamentó esta ley profundiza esa definición como un “*padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis*”

²⁸ OMS (2006).

²⁹ Expte. judicial N° 168/16 tramitado por ante la Cámara en lo Contencioso Administrativo Sala I.

³⁰ Protocolo para la Atención Integral para Personas con derecho a interrumpir legalmente un embarazo. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

³¹ Protocolo op. cit.

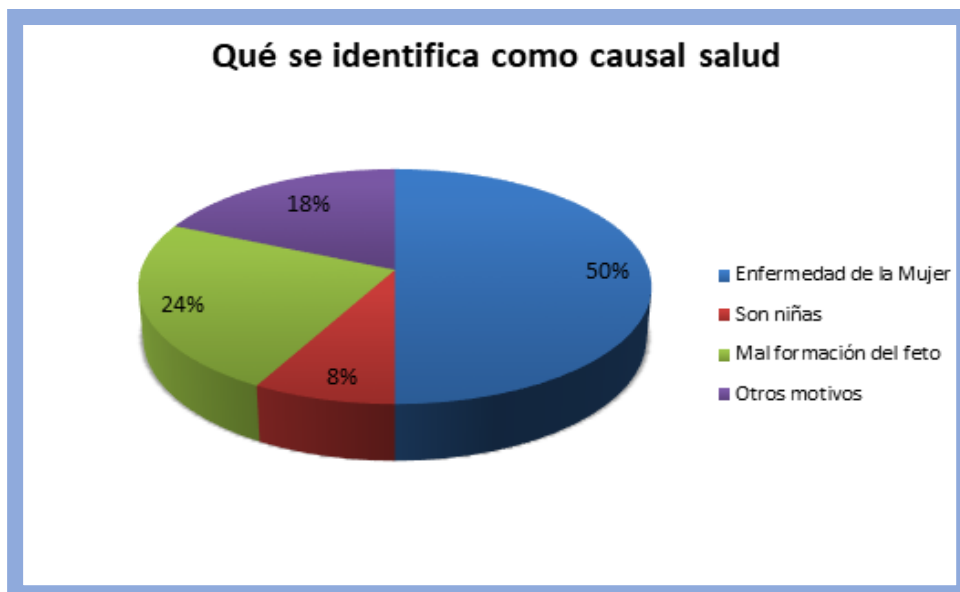
previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3º³². Al respecto el Protocolo ILE indica como buena práctica a tener presente que “La afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima”³³.

Son varios los factores que acotan la soberanía reproductiva de las mujeres frente un embarazo riesgoso. El grado de información acerca de este tema es central a la hora de valorar las posibilidades de autogobierno de cada persona.

Se extrae un comentario de una encuestada al consultar sobre aborto por embarazo con malformación fetal incompatible con la vida: “La primera consulta fue con la ecógrafa y luego con el médico que me dijo que continuará con el embarazo. Me dijeron que cuando se complicara mi bebé iba a vivir con operaciones (...) al principio me sentí contenida, luego al dilatarse el proceso me sentí abandonada (...) Reclamé mi derecho y me dijeron que espere. Cuando lo hice público el trato cambió y me atendieron bien (...) para mí es demasiado tarde, me duele la vida de mi hijo perdida”.

¿Qué saben las tucumanas sobre aborto legal para la causal salud?

Solamente 2 de cada 10 mujeres encuestadas conoce la denominada “causal salud” como alternativa terapéutica lícita que habilita la decisión de poner fin a un embarazo riesgoso.



Graf 19. ¿Qué identifica como causal salud para ILE?

³² Art. 1 del Decreto Reglamentario N° 603/13 de la Ley N° 26.657

³³ Protocolo op. cit.

¿Qué identifican las usuarias como cuestiones de salud que habilitan un aborto permitido por la ley o ILE?

El 50% de las encuestadas consideró que el “riesgo para la salud de la mujer” que cursa un embarazo está dado por “enfermedad de la mujer”. Se destaca que aproximadamente el 40% se refiere a enfermedades que pueda tener con anterioridad al mismo, donde algunas detallaron: “**cáncer – diabetes - presión alta – asma – problemas cardíacos**”. En la categoría **Otros Motivos** incluyeron: “**Alimentación – Consumo de Fármacos – Edad Avanzada – Rechazo del organismo – Placenta Baja – Incompetencia Cervical – Grupo Sanguíneo**” todas con igual frecuencia absoluta. Esto permite inferir que está instalada con mayor preponderancia en la población una noción biologicista de salud que dificulta valorar otros factores no orgánicos que inciden en el estado de completo bienestar como son la **salud mental y social**.

Sin embargo, frente a la pregunta específica acerca de la posibilidad legal de interrumpir una gestación de un feto con “**malformaciones graves o incompatibles con la vida**” el 56 % de las mujeres encuestadas dijo conocer que es legal. Esto permite pensar que las usuarias identifican efectivamente la afectación de la salud mental, aun cuando no la encuadren legal o conceptualmente.

1 de cada 10 mujeres reconoce los riesgos para la salud que impone un embarazo en una niña y que han sido ampliamente reconocidos por la OMS³⁴, como así también por las Sociedades Científicas de mayor reconocimiento.

2. CAUSAL VIOLACIÓN

Bajo la denominación “**Causal Violación**” se encuadra la interrupción legal de un embarazo que es producto de una violación o un abuso sexual. El fallo **F.A.L**³⁵ despejó la duda acerca de si la mujer con derecho a abortar era solo la que tenía una restricción en la capacidad o competencia y desde 2012 esa duda quedó saldada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación cuando sostuvo que sería discriminatorio autorizar el aborto solo del embarazo forzado de la mujer “idiota o demente”.

¿Qué saben las tucumanas sobre aborto legal para la causal violación?

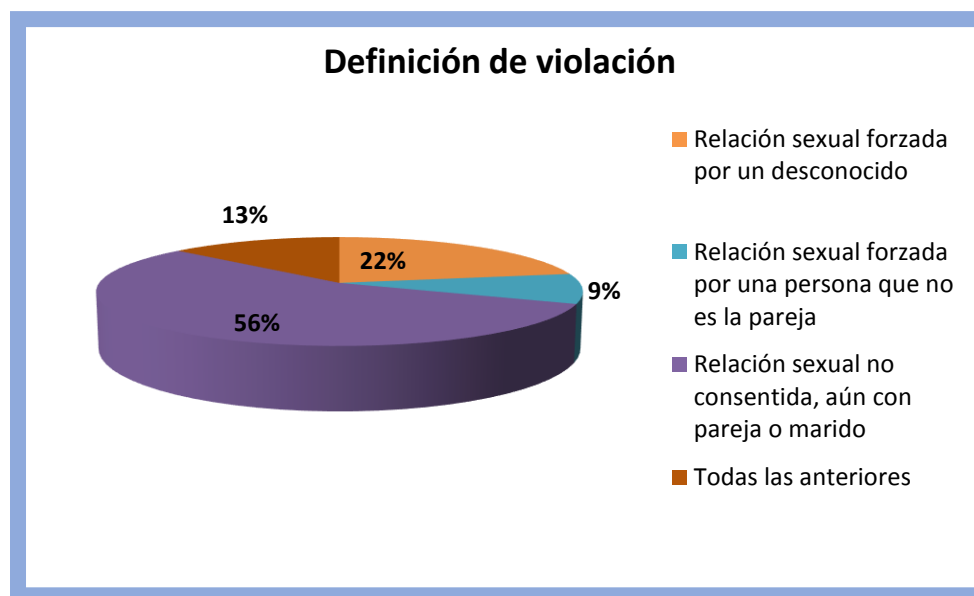
El 42% de las encuestadas **NO** sabe o cree que no existe la posibilidad legal de interrumpir un embarazo producto de una relación sexual forzada.

³⁴Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. (Organización Mundial de la Salud) Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

³⁵ F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva. Sentencia del 13/03/12. Disponible en: <http://www.sajj.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>



Se indagó sobre lo que las encuestadas entienden como “Violación” y los resultados obtenidos fueron los siguientes:



Graf 20. ¿Qué identifica como violación?

Sólo 5 de cada 10 mujeres encuestadas identificaron la violación como todo acto sexual no consentido, independientemente del lugar donde se concrete, la cercanía emocional con el abusador, si el mismo es o no un extraño y aún dentro de la pareja. El 13% planteó dudas y el resto (el 31%) identificó como requisitos para que exista una violación: la participación de un “desconocido” en el acto sexual o que el abuso se dé “fuera del hogar”.

Es importante tener presente que lo que define la violación en un acto sexual es la **falta de consentimiento** de la niña, adolescente o mujer y no el lugar del hecho, el grado de resistencia opuesta o la condición de “extraño” del violador/abusador.

Denuncia policial y/o judicial de violación o abuso

Pese a que el fallo F.A.L. y el Protocolo para la Atención Integral de Personas con derecho a interrumpir legalmente un embarazo elaborado en consecuencia -cuyos estándares la Provincia reconoce aplicar- descartan **la denuncia policial o judicial como requisito para el acceso a la prestación médica** de aborto legal en casos de violación, el 71% de las mujeres encuestadas considera que es correcto que personal de la salud la exija. Esto cual evidencia que esta buena práctica clínica no está debidamente estandarizada dentro del Sistema de Atención Público de la Salud y tampoco lo suficientemente difundida dentro de la población.

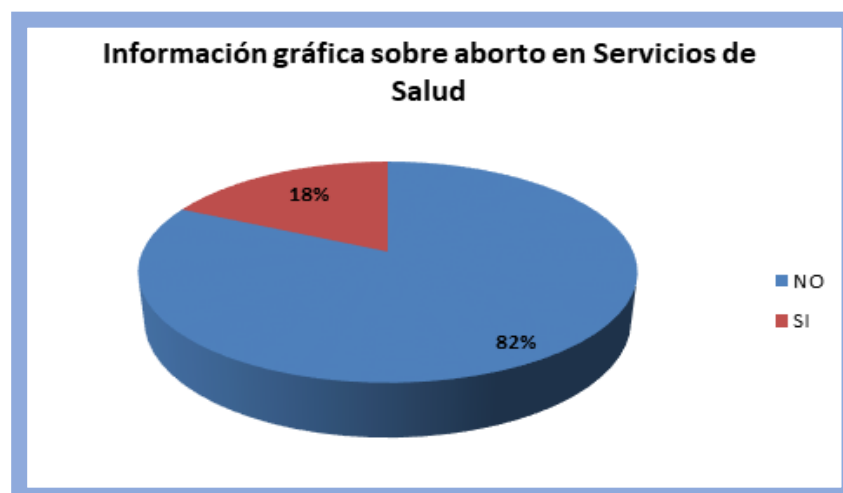
La exigencia de este requisito médico-burocrático innecesario para el acceso a una ILE es corroborado en algunas de las Instituciones públicas. Frente a la pregunta **¿El servicio solicita declaración jurada?** los profesionales respondieron:

- “En algunos de los casos que tuvimos aquí de violación o abuso, se les solicitó denuncia policial” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**
- “Se solicita que haga la denuncia” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**
- “No sé si una denuncia policial, pero si un examen para verificar el hecho” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**
- “En este servicio, en lo que llevo aquí no llegó ningún caso como este. Pero en otro servicio que estuve sí ví que pidieron que la chica haga la denuncia de la violación” **(Integrante del equipo de salud CAPS del interior).**
- “Nunca he visto” **(Integrante del equipo de salud del Centro de Salud).**
- “Directamente no dan curso” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**
- “En los casos cuando se sospecha una violación, consultan a salud mental y se hace una denuncia desde el servicio a la fiscalía o al propio destacamento policial del hospital” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

3. ATENCIÓN SANITARIA DE INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO

El 82% de las mujeres encuestadas indicaron que no vieron ninguna información gráfica sobre aborto en los servicios de salud.

Este dato resulta coincidente con la totalidad de las **observaciones participantes** que dan cuenta de la inexistencia total de gráfica vinculada a ILE en Hospitales y CAPS relevados.



Graf 21. ¿Observó información gráfica sobre interrupción del embarazo en los servicios de salud?

El 91% de las encuestadas manifiesta no haber recibido ningún tipo de información en un servicio de salud sobre aborto no punible, interrupción legal del embarazo (ILE) y derechos de las pacientes.



Graf 22. ¿Recibió información sobre ILE y derechos de los/as pacientes?

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

Esta escasez de información general en la población sobre el tema es corroborada por el personal de la salud en **entrevistas en profundidad**. Frente a la pregunta de **¿Qué grado de información tienen las usuarias sobre aborto no punible o interrupciones legales de embarazo?** se obtuvo las siguientes respuestas:

- “Muchas que no están informadas, que no saben sobre el aborto no punible y que pueden pedirlo. No existen servicios de consejería post-aborto, ni de reducción de riesgos y daños. Los abortos no punibles no se atienden en el primer nivel, se resuelven en el tercer nivel” (**Integrante del equipo de salud de Maternidad**).

- “Insuficiente y confusa” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda**).

- “De total desconocimiento” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción**).

- “No se realizan, aunque depende del médico o médica que te toque te puede informar, pero depende de cada uno” (**integrante del equipo de salud del Hospital Padilla**).

Se destaca una **observación participante** que da cuenta del recorrido para obtener un turno en el **Hospital Padilla**: Para solicitar turno, hay que presentarse en el Hospital a las 6 a.m.

y se reparten 1000 números en total para ser atendidos por los 12 boxes para consultar y que le otorguen un turno cualquiera sea el área que requiera. A partir de las 7 a.m. se empieza a llamar por número y se calcula que para cubrir los mil números la atención llega hasta pasadas las una del mediodía. En caso de no poseer un número, hay que hacer fila en el box 2 que tiene una espera de una hora para ser atendidos. En caso de llegar a ventanilla otorgan turno en el día si existe indicación previa o urgencia. Si no, deberá volver al día siguiente para poder adquirir un número para pedir turno. La solicitud de turno solo se realiza presentando DNI, de lo contrario no otorgan la atención. Al otorgar turno señalan hora y consultorio al cual dirigirse, los turnos siempre son acorde a la demanda. Turnos para atención ginecológica por la mañana, las fechas son para dentro de 2 a 5 días (atienden 2 ginecólogas) y por la tarde se consigue turno para el día siguiente, a veces para el día, y es con un profesional hombre.

4. CALIDAD DE ATENCIÓN DE INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO

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

- “Por lo general llegan en el primer trimestre de embarazo” **(Integrante del equipo de salud del Hospital del Este).**
- “Primer trimestre” **(Integrante del equipo de salud de del Hospital de Concepción).**
- “Creo que hay avances por lo menos en este hospital siempre teniendo en cuenta el caso, la edad gestacional de la usuaria. No es lo mismo cuando vienen de 5 o 6 semanas a cuando vienen con 13 semanas de embarazo” **(Integrante del equipo de salud de Maternidad).**

Indagando **¿Cuáles son los recorridos que debe realizar la mujer cuando solicita una interrupción legal del embarazo (ILE)?** se obtuvieron respuestas muy variadas - contradictorias incluso dentro de la misma institución - que denotan la inexistencia de un circuito interno validado a modo de política sanitaria o directiva interna para el abordaje institucional de esta demanda sanitaria:

- “Creo que ingresan por el consultorio de planificación familiar y en la última etapa de este proceso vienen por la guardia y aquí todo depende de la postura que tienen los jefes de la guardia en relación a este tema” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**
- “Debe ir al juez de familia y menores porque debe indagar el caso. Mucha burocracia, demoras” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**
- “Acá no hay ningún recorrido. Yo hace 30 años que estoy acá y saben que acá no se hace. Ya saben que yo no les voy a decir nada, en todo caso que vayan a otro lugar” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de Capital).**
- “Debemos pedir permiso legal” **(Integrante del equipo de salud de la Guardia del Hospital de Concepción).**

- “En el consultorio externo no se hace. Es derivada a la Maternidad. Acá en consultorio externo, lo máximo que se hace es sacar un DIU” **(Integrante del equipo de salud del Centro de Salud).**

- “Va a pasar por la Dirección, la abogada, la psicóloga; una burocracia, es porque la mujer está en una situación de vulnerabilidad y viene con miedo” **(Administrativa/o de la Maternidad).**

- “Como equipo que garantice la práctica lo canalizan por el comité de ética” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

Se destaca el testimonio de dos profesionales de Instituciones públicas que, ante la falta de respuesta del Hospital, reconocieron derivar o articular casos a las “*socorristas*” o a “*socorro rosa*”.

Esta disparidad en las respuestas del Sistema de Salud evidencia que no existe una política sanitaria pública clara desde el Ministerio de Salud de la Provincia que es quien tiene la rectoría en materia de salud pública.

Según información brindada por el Ministerio de Salud de la Provincia³⁶ **en todas las instituciones hay medicamentos para realizar un aborto farmacológico** que según instrucciones de la OMS es menos invasivo y traumático y por ello, es el método “preferido”³⁷. Incluso dentro del primer trimestre podría fácilmente realizarse una ILE de forma ambulatoria con lo cual podría el Estado satisfacer esta demanda en cualquier nivel de atención, siempre y cuando las condiciones del caso no justifiquen terapéuticamente una internación.

No obstante, esto no ocurre y lejos de garantizarse efectiva y respetuosamente una ILE en cualquier nivel de atención, son muchos los obstáculos que sortean las mujeres a la hora de solicitar el acceso a esta prestación médica.

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

- “Son obstáculos ideológicos e institucionales. Ya que, si no hay una directiva, cada uno hace lo que le parece” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**

- “Para mí los obstáculos con los que se encuentran las mujeres son humanos, las objeciones de conciencia y la falta de conocimiento sobre esta problemática que tenemos los médicos” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**

- “La ideología, la opinión subjetiva de quien la atiende a esa mujer. El profesional, el de administración, el prestacional, y toda la cadena aportan cada uno a dilatar el proceso” **(Agente socio-sanitario).**

³⁶ Expte judicial N° 168/16.

³⁷ “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud” Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

• “Aquí no se hacen abortos. No sé cómo funciona en la Maternidad” **(Integrante del equipo de salud del Centro de Salud).**

• “De todos, desde los burocráticos hasta los ideológicos, dilatan el proceso pasándose la pelota y para que la mujer cambie de opinión, porque acá los médicos dicen estar a favor de la vida o tratan de convencerlas de que van a poder con el chiquito aunque tenga muchos problemas de salud, prometen ayudarlas pero después no lo hacen” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

La **ley N° 26.529** indica que la “paciente, prioritariamente niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistida por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente” (art. 2 inc. a). Y el Decreto N° 1089/12 establece que “en ningún caso, el profesional de la salud podrá invocar para negar su asistencia profesional, reglamentos administrativos institucionales, órdenes superiores, o cualquier otra cuestión que desvirtúe la función social que lo caracteriza. Deberá quedar documentada en la historia clínica la mención del nuevo profesional tratante si mediara derivación, o bien, la decisión del paciente de requerir los servicios de otro profesional” (art. 2 inc. a).

Las obligaciones médico-legales impiden a profesionales de la salud negar atención sanitaria aún en caso de ILE.

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

• “Sí” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**

• “Con respecto a dar intervención judicial, aquí se hizo en un sólo caso, por lo que desde salud mental se solicitó asesoramiento legal con Soledad Deza, quien en ese caso brindó asesoramiento y acompañamiento legal a la paciente, después de ese caso -María Magdalena- la Dirección del hospital nunca más volvió a dar intervención a ninguna fiscalía” **(Integrante del equipo de salud Maternidad).**

• “Me parece que Servicio Social son las que dan intervención a la Fiscalía y a Minoridad y Familia, creo” **(Integrante del equipo de salud de Maternidad).**

• “A la policía” **(Integrante del equipo de salud de la Guardia del Hospital de Concepción).**

Puede inferirse este dato de judicialización innecesaria como un obstáculo a la hora de que las mujeres decidan o no hacer una consulta de ILE en el Sistema Público de Salud. Por otra parte, esta intervención del Poder Judicial o del Ministerio Público en una consulta de salud configura una **violación de la confidencialidad e intimidad** de la paciente por un quiebre innecesario del secreto profesional en orden a la inexistencia de justa causa de revelación.

Lo mismo ocurre con la intervención de los Comités que ya ha sido interpretada como violencia institucional por la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Frente a la pregunta **¿Se solicita que se expidan comités de ética para avalar el caso?** Profesionales de distintas Instituciones respondieron negativamente, con excepción del Hospital Regional de Concepción y del Hospital Avellaneda donde se destacan los siguientes comentarios en **entrevistas en profundidad**:

- “Entra dentro del comité de ética. Aquí se cuestiona el protocolo del Ministerio de Nación. El problema es la responsabilidad médica ante la muerte de una mujer a quien se le realice o asista con un aborto” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**

- “Los comités de ética deberían intervenir, no sé en realidad si se da” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

En relación con el respeto a la autonomía, no sólo las barreras para el acceso formal – derivaciones innecesarias, Instituciones completas que no cuentan con recursos humanos dispuestos a realizar abortos permitidos por la ley, judicialización indebida o exigencia de requisitos como denuncia policial- otro factor que evidencia que la consulta de ILE no está atravesada por la ley N° 26.529 es la falta de información sanitaria que circula en la atención de estos casos.

Indagamos a los/as profesionales **¿Puede la mujer elegir el método de aborto?**

- “La mujer no elige el método con el que abortar, se hace una evaluación clínica y luego se inicia el proceso de interrupción” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**

- “No” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Regional de Concepción).**

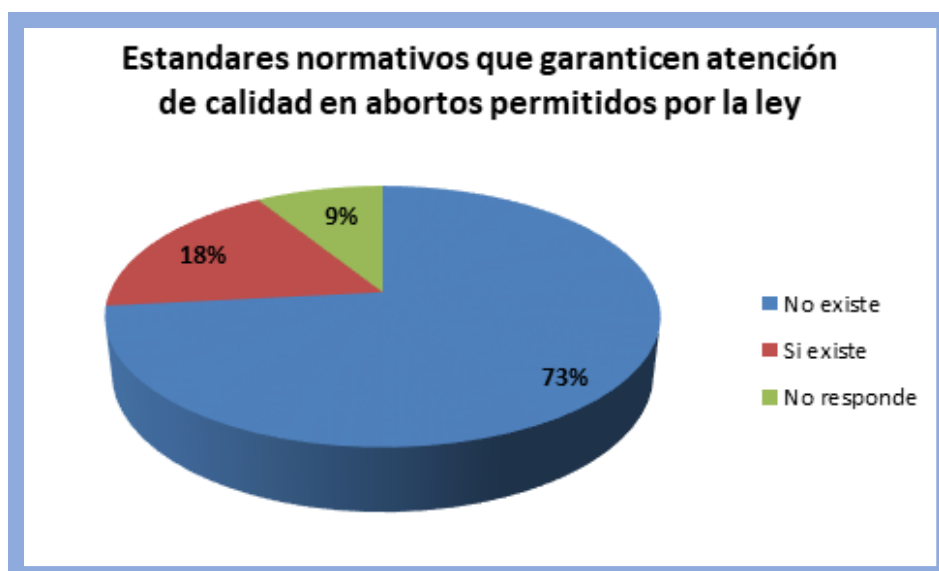
- “No creo. Nunca me fijé porque nunca vi un caso” **(Integrante del equipo de salud del Centro de Salud).**

- “La institución sí cuenta con los insumos y sí se nos capacita sobre AMEU. La paciente no elige el método, eso lo hace el médico” **(Integrante del equipo de salud Maternidad).**

- “Siempre es el médico quien decide, por lo general si es avanzado el embarazo se les hace cesárea o un legrado como forma de castigarlas” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**

- “Hay consultorio amigable para responder a esta demanda” **(Integrante del equipo de salud del Hospital del Este)**

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



Graf 23. ¿Conoce leyes que garanticen atención de calidad para ILE?

El 73% de las mujeres encuestadas dijeron no conocer ninguna ley que les asegure un determinado estándar de calidad en la atención de ILE. Este dato evidencia la falta de difusión de la Ley N° 26.529 de los “Derechos del Paciente” que garantiza a todas las usuarias: **asistencia sanitaria, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía e información sanitaria**.

Para la ley, la usuaria del servicio público que pide una ILE “es soberana para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona, para lo cual tiene derecho a tener la información necesaria y suficiente para la toma de su decisión, a entenderla claramente e incluso a negarse a participar en la enseñanza e investigación científica en el arte de curar. En uno u otro caso, puede revocar y dejar sin efecto su manifestación de voluntad. En todos los casos, deberá registrarse en la historia clínica la decisión del paciente y también su eventual revocación” **Art. 2 inc. e) del Decreto N° 1089/12**.

El 93% de las encuestadas considera que el hospital debe dar atención sanitaria por ILE. Dentro de los servicios que deben brindarse a las usuarias conocen la necesidad de un abordaje integral y responden: **“ginecólogos”, “psicólogos”, “trabajadora social” e “información”**. Además, añaden “buen trato y acompañamiento durante todo el proceso”.

El art. 2 de la ley provincial N° 6.952 establece “*Los derechos de los pacientes (...) deberán ser difundidos en forma masiva y exhibidos en forma obligatoria y en lugar visible en todo centro asistencial, hospital, clínicas, consultorios o lugar donde se brinde atención relacionada con la medicina o actividades auxiliares de la misma, públicos o privados de todo el territorio de la Provincia*”.

En la misma línea, la **Corte Suprema de Justicia de la Nación** en el fallo F.A.L ha establecido una serie de estándares para la atención de abortos permitidos por la ley: la necesidad de no judicializar estos casos, la obligación de los profesionales de brindar asistencia sanitaria cuando enfrentan una consulta de este tipo, la violencia institucional que supone la intervención de

comités de ética o bioética o de cualquier **barrera médico-burocrática predispuesta desde el Sistema de Salud que genere dilaciones innecesarias o impida la práctica de aborto**. A la par, aclaró la obligación del Estado, como garante del acceso a la salud pública, de garantizar este tipo de prestaciones médicas que son lícitas o legales *“en tanto que despenalizadas”* en todas las Instituciones (considerando 25).

Se destaca comentario obtenido en entrevista en profundidad: “El cambio de jefe del consultorio de planificación familiar vehiculizó más el abordaje de estos casos y llevó a la dirección a tener que hablar claramente con los médicos, sobre todo los de la Guardia” **(Integrante del equipo de salud de Maternidad)**.

Se destacan 3 comentarios surgidos en **entrevistas con profesionales** que dan cuenta de que los/as mismos/as profesionales reconocen que es usual en este tipo de atención sanitaria, anteponer la cosmovisión propia del integrante del equipo de salud a la autonomía de la voluntad de las pacientes:

- “Hay que analizar. El 80% somos cristianos y estamos en contra” **(Integrante del equipo de salud del Centro de Salud)**.

- “Creo que existe una doble moral (...) Agravado esto por los prejuicios existentes a partir de lo cual lamentablemente muchas mujeres quedan expuestas a malos tratos” **(Integrante del equipo de salud del Hospital del Este)**.

- “El ideológico, ya que los médicos tenemos una postura conservadora de preservar la vida” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA



La objeción de conciencia como práctica frecuente dentro de las Instituciones es identificada por los propios efectores de salud como **el principal obstáculo** que deben sortear las mujeres que solicitan una ILE. Si bien algunos hacen alusión a la “falta de escucha libre de prejuicios” o al “recurso humano” o “los profesionales” de forma genérica, se destacan comentarios que refieren expresamente al tema:

- “Yo no realizo ese tipo de maniobras, porque ‘no estudié para eso’ o ‘mi religión no lo permite’ o ‘va en contra de mis principios” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción**).

- “El obstáculo es humano, no se arma un circuito de atención para estas pacientes. No hay protocolos y hay mucha falta de información en nosotros los médicos. En los servicios donde todos son objetores se les dice a las pacientes que eso no se puede hacer, que eso no se hace aquí” (**Integrante del equipo de salud de Maternidad**).

- “Los recién recibidos tienen otra concepción de los abortos. La vieja guardia no. Todo depende del profesional. Pueden enmascarar las cosas” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Centro de Salud**).

- “Toda la institución es objetora. No hay una orientación desde el Ministerio ni desde la Dirección del hospital. Esto hace que dependa del médico que atiende, que en su mayoría de los casos son objetores” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda**).

Se destaca en **observación participante**: en uno de los pasillos principales se pudo observar un flyer tamaño A3 invitando a las fiestas de la Virgen de la Merced. Además, el hospital cuenta con una capilla para oración sobre calle Rioja, como también en la entrada de la Guardia del hospital un pequeño altar de la Virgen María y el Niño Jesús (**Hospital Padilla**). Antes del ingreso, al sector derecho hay una imagen religiosa (Jesucristo) de gran dimensión. En la sala de espera principal a la izquierda un altar de la Virgen con velas y estampitas. Hay numerosas imágenes del culto católico. Antes del ingreso hay una imagen grande de un Jesucristo. En el salón de entrada hay otra imagen similar, un altar con un bulto del Niño Dios. En este lugar también se observan afiches que convocan a una actividad religiosa. En las salas de espera de cada piso hay imágenes religiosas. Incluso, por consulta realizadas a trabajadores de la institución se realizan misas (**Maternidad**). Hay una invitación a la Parroquia de Cristo Rey (**CAPS del interior**). Puede observarse en diversos sectores del edificio, tanto en el área de gineco-obstetricia como en el resto del edificio, que hay cartelera con imágenes religiosas. Los mismo anuncian misas o fechas de novenas y/o religiosas. También puede observarse una gigantografía con la imagen de Jesús en la sala de espera del edificio principal. La presencia de imágenes religiosas (con cartelera, altares y/o estatuillas) se observa en salas de espera, pasillos y consultorios. Nos informa un profesional de la salud, que incluso los domingos en el patio central de Hospital se realiza una misa. Existe además una capilla en el Hospital (**Hospital de Concepción**). No se observan símbolos religiosos en los espacios comunes, si dentro del consultorio de ginecología, compartidos por ambos turnos del CAPS. Hay un almanaque de tamaño considerable con la imagen de una virgen, justo detrás y a la izquierda del médico como quedando de frente y a la vista de las mujeres (**CAPS de Capital**).

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

- “No se toma ninguna medida a los profesionales que maltratan y obstaculizan el acceso a la práctica” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**

- “Que yo sepa nunca se tomaron medidas, ni sanciones con los profesionales que se niegan u obstaculizan los abortos legales” **(Administrativa/o - Maternidad).**

- “Que yo sepa no se toman ninguna medida o sanción para los que obstaculizan. A lo sumo si el caso sale en los medios te llaman de la Dirección” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**

- “No se toma ningún tipo de medida” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**

- “Medidas institucionales no” **(Integrante del equipo de salud Hospital Avellaneda).**

- “No se toma ninguna medida desde la Dirección” **(Integrante del equipo de salud Hospital Avellaneda).**

- “No, en este hospital no se toma ninguna medida” **(Integrante del equipo de salud de Hospital Padilla).**

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

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

- “Sí estigmatizan. Hay una doctora que fue desplazada por realizar las prácticas en el hospital. No tiene funciones actualmente” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**

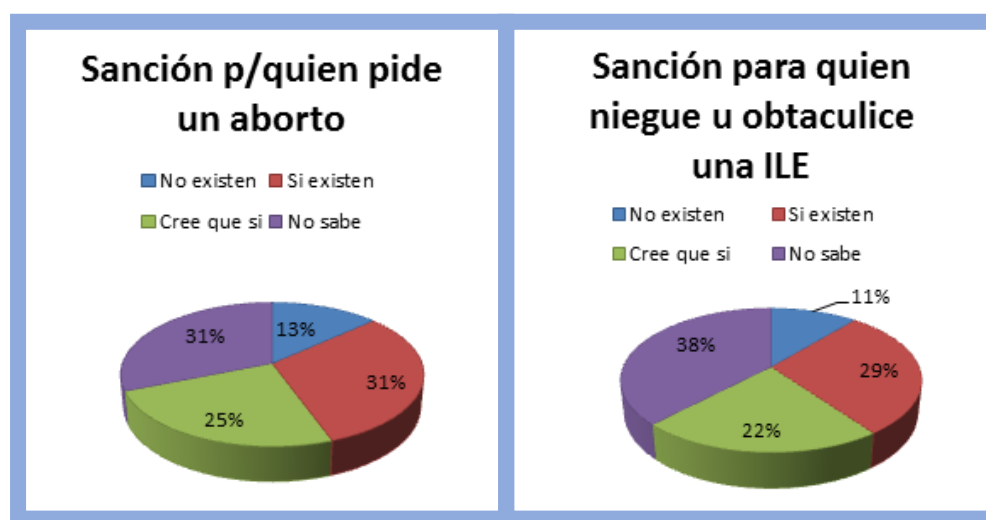
- “Se sienten aliviados que haya alguien que los realicen” **(Integrante del equipo de salud del Hospital del Este).**

- “En general, si hay una estigmatización para la paciente y para el profesional que quiere acompañarla. Entre colegas se comenta mucho. Se estigmatiza todo el tema, la mayoría tiene una postura (...) Por lo general manifiestan estar en contra del aborto” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

VIOLENCIA INSTITUCIONAL EN LA ATENCIÓN DE ABORTO

La ley 26.485 de protección integral contra la violencia regula en su art. 6 inc. d³⁸ y e³⁹ las violencias contra la libertad reproductiva y obstétrica. Ambas comprenden la atención sanitaria vinculada con el acceso al aborto y a la salud sexual, y cuando son perpetradas por agentes del Estado habrá además violencia institucional⁴⁰.

5 de cada 10 mujeres encuestadas manifiestan conocer que pueden ser víctimas de violencia de género o maltrato profesional cuando el personal de la salud les deniega una ILE; y el mismo porcentaje respondió que sabe o cree que existen sanciones para quienes niegan un aborto permitido por la ley. Sin embargo, ambos datos resultan llamativos porque el 56% considera que puede haber sanciones para quien pida un aborto.



Graf 24. ¿Cree ud que hay sanciones para quien pide una Interrupción del embarazo?
Graf 25. ¿Cree Ud. que hay sanciones para quien obstaculice o niegue una ILE?

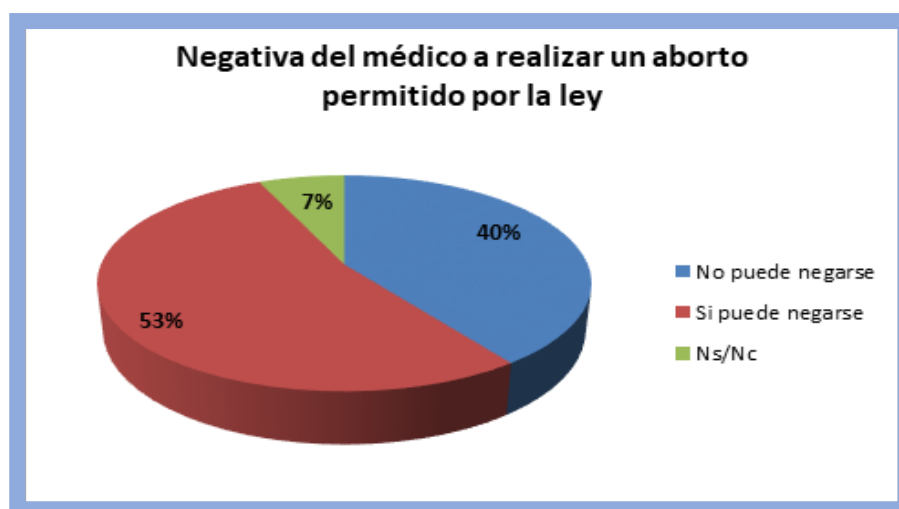
³⁸ Ley Nº 26.485, Art.6 inc. d) “Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.” Dcto. Reg. Nº 1011/10 Inciso d).- Configura violencia contra la libertad reproductiva toda acción u omisión proveniente del personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud, o de cualquier particular como cónyuges, concubinos, convivientes, padres, otros parientes o empleadores/as, entre otros, que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos, el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos. Específicamente incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que **se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva**”

³⁹ Ley Nº 26.485. art. 6 inc. e) “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”

Dcto. Reg. Nº 1011/10 “Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, **así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no**”.

⁴⁰ Ley Nº 26.485, art. 6 inc. b) “Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil”.

Sin embargo –como dato contradictorio que podría evidenciar que ese conocimiento no es tan cabal- el 53% de las mujeres encuestadas considera que un médico puede negarse a realizar una ILE por objeción de conciencia y que ello no está fuera de la ley, ni recibirá por ello sanciones (hay un 7% que no sabe no contesta).



Graf 26. ¿Puede negarse un/a médico/a a realizar una ILE?

Se destaca el comentario obtenido de un/a profesional en **entrevista en profundidad**: *“Creo que depende mucho del sistema de salud, de la dirección del hospital. Cuando estuve en el hospital Avellaneda (después del caso Belén), son más abiertos a escuchar a la mujer, se le brinda asistencia psicológica. En la guardia de la Maternidad es totalmente lo contrario. Vi mucho más maltrato a la mujer que lo que ví en el Hospital Avellaneda”* (**Residente Hospital Público**).

Se destaca la siguiente **observación no participante**: La única folletería que se pudo observar se encontraba pegada en la oficina del destacamento policial (**Hospital Padilla**) NO existe ningún cartel indicador o de difusión gráfica sobre las violencias que existen en la salud, o ninguna de las contempladas en la ley N° 26.485 (...) En la puerta de acceso hay dos carteles que anuncian clases de gimnasia y un cartel del Ministerio de Salud donde expresa que los trabajadores de los CAPS están más expuestos a experimentar agresiones, por lo tanto hay que denunciar esas agresiones (**CAPS del interior**).

En el Hospital Centro de Salud Zenón Santillán en tanto allí funciona el **Observatorio de la Mujer**, dependencia gubernamental que tiene a su cargo implementar políticas públicas vinculadas a la ley N° 26.485 y asistir a víctimas de violencias. Se destaca la siguiente **observación participante**: No hay cartelería sobre violencias en la salud, solo líneas de denuncia de violencia relacionadas con violencia doméstica. Me dirijo al Observatorio y me informan que realizan allí charlas sobre violencia familiar. Al consultar sobre si informan sobre violencia obstétrica y violencia contra la libertad reproductiva, señalaron que ellos principalmente se centran en el área de la violencia familiar y doméstica, pero que si tocan esas dos modalidades de violencia dentro de las charlas. Al consultar a enfermeras sobre si realizaban charlas sobre salud sexual y reproductiva, informaron que ello se llevaba a cabo en la Maternidad. No hay folletería de fácil acceso al público, pero si está disponible dentro de las oficinas del observatorio (**Información brindada por personal del Observatorio**).

¿QUÉ SABE EL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA CONSULTA DE ILE?

Al desempoderamiento de las usuarias debido a la escasez de recursos simbólicos y a la falta de difusión de información sanitaria sobre el tema, debe adicionarse el desconocimiento de los y las profesionales de la salud acerca del marco de derecho que rodea la consulta de ILE.

Frente a la pregunta **¿Cuáles son las normativas vigentes sobre el aborto/aborto no punible que conoce a nivel local y nacional (código penal, fallo de la Corte Suprema, protocolos de atención a nivel nacional y local)?** se obtienen las siguientes respuestas:

- “El protocolo de la nación es el que manejamos” **(Integrante del equipo de salud de Maternidad).**
- “Lamentablemente sólo sé lo que dice el código penal. En qué casos es permitido el aborto. No sé qué otra normativa” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**
- “No sé, no me interesa del tema” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de Capital).**
- “Protocolos de atención a nivel nacional y local” **(Integrante del equipo de salud Hospital del Este).**
- “Desconozco, acá no hay casos” **(Integrante del equipo de salud Hospital Centro de Salud).**
- “Protocolo del Ministerio de Nación y Código Penal” **(Integrante del equipo de salud Hospital Avellaneda).**
- “Sé que están las leyes y que hay un protocolo para eso” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

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

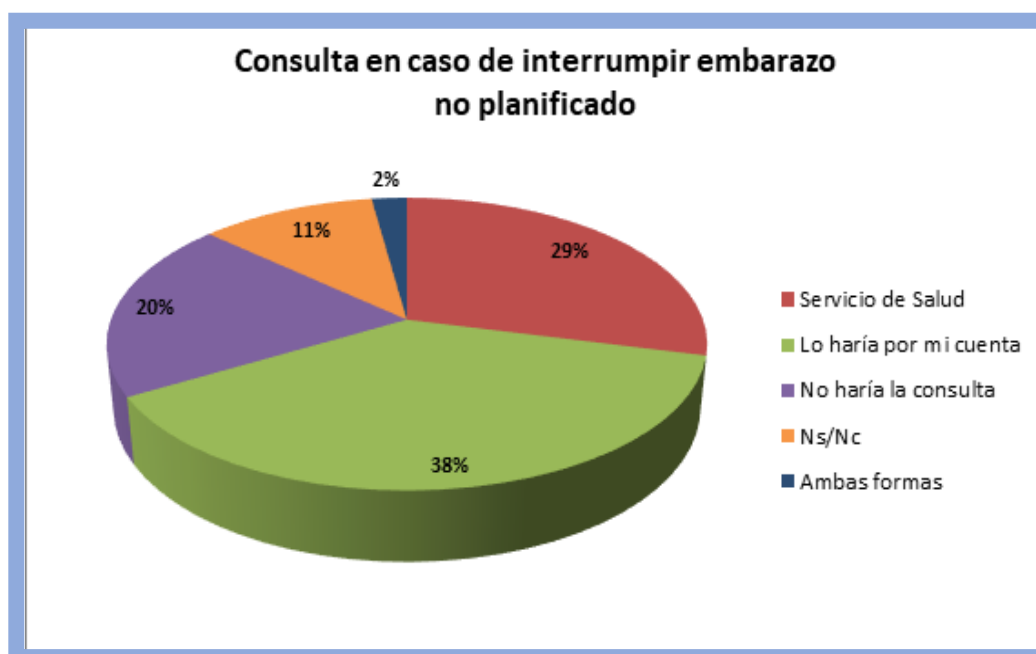
- “Las normas se aplican con mucha burocratización y denotan desacuerdo” **(Integrante del equipo de salud del Hospital del Este).**
- “No conozco” **(Integrante del equipo de salud del Centro de Salud).**
- “No sé” **(Administrativo/a de Maternidad).**
- “Creo que cada institución aborda esta problemática de diferentes maneras; hay mucho desconocimiento” **(Integrante del equipo de salud la Maternidad).**
- “En este hospital no se aplican” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**
- “No se aplican” **(Integrante del equipo de salud de la Guardia del Hospital de Concepción).**
- “La verdad que desconozco, pero entiendo que no se aplica como corresponde” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

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

- “La conformación de equipo específico para el abordaje de dicha problemática” **(Psicóloga)**.
- “Yo creo que tiene que haber más información, más capacitaciones; se tiene que formar un equipo que trabaje con estos casos y también se tiene que armar un circuito de atención para que la paciente no ande deambulando por todos lados” **(Administrativo)**.
- “Capacitación y que se hagan en el hospital circuitos de atención para los abortos no punibles. Sería bueno que nos den información sobre las leyes” **(Médico)**.
- “Difusión de la ley y la creación de programas y estrategias” **(Residente)**.
- “Fundamentalmente la capacitación y la información tanto a los profesionales como a las pacientes, a ellas hay que hacerles conocer sobre sus derechos. Nos faltan protocolos, armar circuitos, hablar más con los médicos” **(Médica)**.
- “Que exista una política clara desde el Ministerio y las direcciones” **(Médica)**.
- “Más información y capacitaciones sobre el tema, hay mucho desconocimientos y mitos sobre eso. A veces se cree erróneamente como proceder, pero en realidad no es así” **(Médica)**.

CONSULTA POR EMBARAZO NO PLANIFICADO

Frente a la pregunta **¿Qué harías o donde consultarías en el caso de decidir interrumpir un embarazo no deseado?**



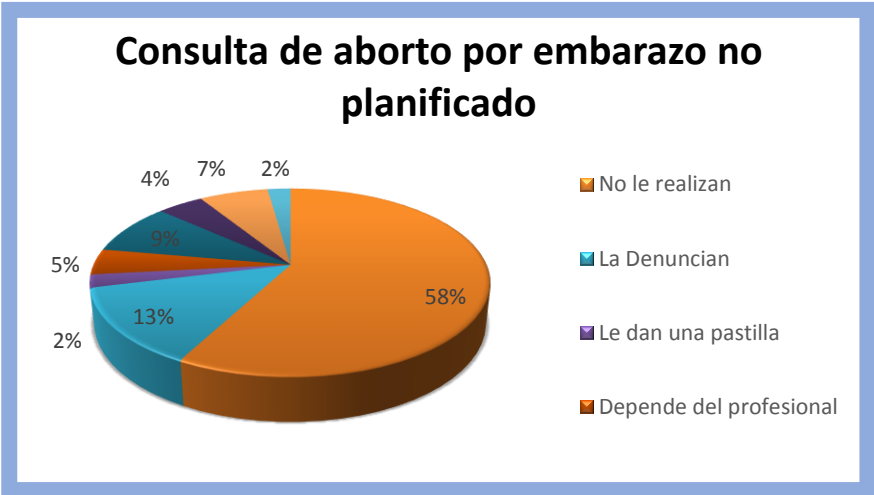
Graf 27. ¿Dónde consultarías en caso de decidir interrumpir un embarazo no deseado?

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

Se destaca el porcentaje elevado (91%) de mujeres que dice nunca haber realizado este tipo de consultas en un servicio de salud. Sin embargo, respecto de aquellas mujeres que sí realizaron una consulta para interrumpir embarazo se indagan en los siguientes aspectos:

a) En caso de realizarla en Servicio Público ¿quién te dio la información?		b) ¿Te sentiste juzgada o contenida con la atención?			
Médico	80%	NO	20%	SI	60%
No responde	20%	No responde		20%	

Graf 28. Cuadros sobre consulta para interrumpir un embarazo



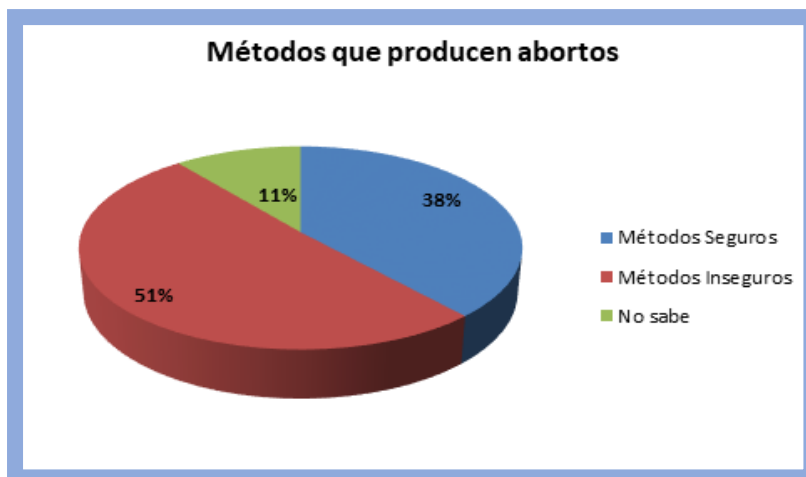
Graf 29. ¿Cómo cree que respondería el servicio de salud si solicita un aborto?

Frente a la pregunta de **qué cree que le responderían en un servicio de salud si pide la interrupción de un embarazo no deseado**, solamente un 7% respondió “no sabe”. Un 13% expuso su temor a ser denunciadas y el 9% respondió que le sugerirían llevar adelante el embarazo y dar luego al bebé en adopción. Sólo el 2% respondió que “le darían pastillas”.

Se destaca la siguiente **observación participante**: no fue posible indagar sobre los otros ítems, porque el médico se explayó en su concepción sobre el aborto como un asesinato, diciendo que tampoco está a favor de la pena de muerte, que cuando una persona comete un crimen hay que ponerla presa y obligarla a donar órganos, de igual modo él le dice a las mujeres que “donen

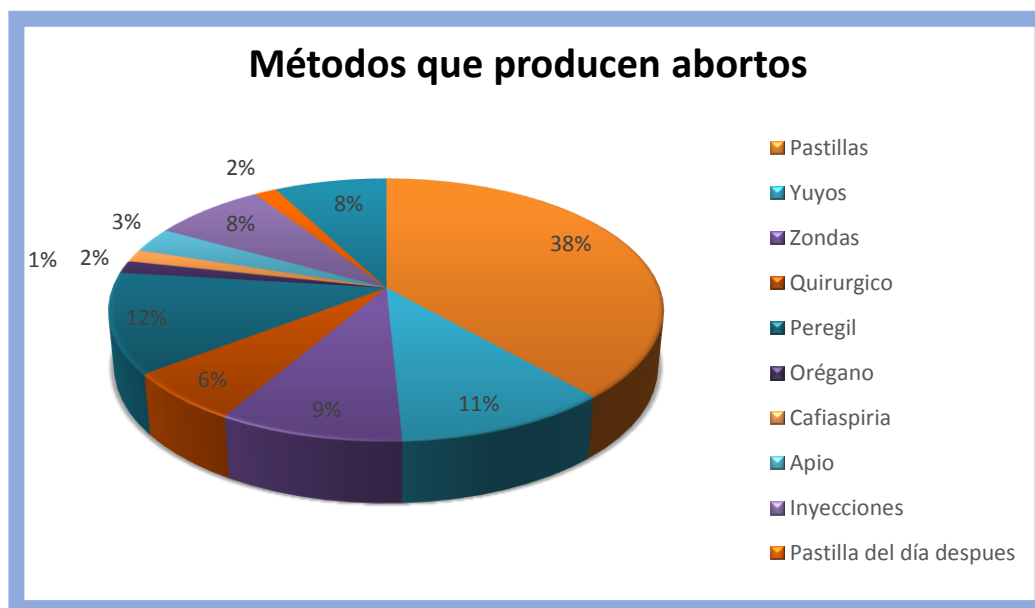
vida” que continúen con el embarazo y lo den en adopción, que hay gente que lo criará (**CAPS de Capital**).

Frente a la pregunta **¿qué métodos conoce para provocarse un aborto?** El 51% de las mujeres encuestadas sólo identificó métodos inseguros para provocarse un aborto:



Graf 30. Identificación de métodos para interrumpir un embarazo

Sólo **4 de cada 10** mujeres identificó un método seguro como “las pastillas”.



Graf 31. ¿Qué métodos conoce para provocarse un aborto?

Estos datos nos indican que del 38% de mujeres que “**solucionaría por su cuenta**” el aborto de un embarazo no planificado, hay un gran porcentaje (60%) que se expondría a un aborto con perejil, yuyos, zondas, apio y otros métodos inseguros, poniendo en riesgo su salud y su vida.

ATENCIÓN POST ABORTO

El 93% de las encuestadas manifiestan que acudirían al hospital en caso de sufrir un aborto. El 64% de las encuestadas conoce el “caso Belén”, ya sea por televisión o por las redes sociales. Quizás por ello cerca de la mitad de las usuarias considera que debe intervenir un/a Defensor/a o Juez/a, cuando ello no resulta necesario.



Graf 32. ¿Debe intervenir un juez o un defensor en caso de ILE?

Se destaca el siguiente comentario extraído de una encuesta: **“Si es por seguridad entonces sí, los médicos pueden culparte y meterte en cana como esa chica Belén”**

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

- “La presencia del destacamento policial en la Guardia del hospital ejerce una intimidación que las pacientes. Ante un evento obstétrico como ser un aborto espontáneo o provocado, evitan tener que recurrir ante una urgencia a dicha Guardia” **(Profesional de la salud del Hospital Padilla)**.

- “En el caso de las mujeres que abortan (no legales) se da aviso a la guardia policial y de ahí estos comunican a la Fiscalía que manda al médico forense. El problema de informar a la guardia policial es cuando las mujeres vienen en situación de riesgo porque si les pasa algo los responsables son los médicos” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda)**.

- “Cuando concurren con complicaciones post aborto, las mujeres son maltratadas y denunciadas. Se les coloca una pulsera que dice aborto inducido” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**.

Se destaca en **observación no participante** la presencia policial naturalizada en el marco de la atención sanitaria, lo cual puede dificultar que las mujeres se acerquen en casos de ILE o de

atención post aborto: Hay tres policías en la puerta, dos de la provincia y un guardia de una empresa privada (Cóndor) que tiene convenio con el SIPROSA. Este guardia interactúa con la gente, les da información sobre donde deben esperar. Está dentro del CAPS (**CAPS de Capital**). En la atención por mesa de entrada se observa a dos receptionistas y un guardia privado uniformado (...) Puede observarse la presencia de seguridad privada dentro del hospital como en las puertas de acceso. Estos interactúan con las usuarias/os y también ofrecen información (incluso un guardia se encontraba detrás del mostrador de la mesa de entrada), dan orientación a quienes no encuentran un área específica del hospital (**Hospital de Concepción**). Hay presencia policial en el CAPS, cuando arribamos se encontraba desayunando con los médicos en la sala de ellos, cuando salió de allí no se lo vio interactuar con ninguna paciente, se paró fuera del CAPS (**CAPS del interior**).

DÉFICIT ACADÉMICO EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD

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

- “Yo sé que ahora es distinta la currícula pero cuando yo cursé no estudiamos estos temas de salud sexual ni abortos” (**Lic. en Enfermería**).
- “La universidad en mi época nos formaba para defender la vida desde la concepción, ahora no sé” (**Médico**).
- “No, en la mía nada de eso nos enseñaron, solo se hablaba del aparato reproductivo, la masturbación, nunca se nos dijo que como docentes tenemos que dar charlas de educación sexual. Los libros se pierden ahí, tiene que ver con ser una provincia conservadora, moralista” (**Administrativo/a**).
- “No tengo idea, no sé. En mi carrera, no” (**Lic. en Psicología**).
- “No, para nada. Sobre este tema lo vemos aquí en el hospital; yo soy residente de tocoginecología e primer año. La verdad que sobre este tema no nos instrumentan en nuestra formación universitaria, menos aún sobre leyes” (**Médico**).
- “No. En ninguna materia se trabajó sobre estos temas. Sólo cuando vas a terreno te encontrás con estos temas. Yo lo poco que sé lo escuché aquí con mis colegas en el servicio de salud mental, aquí me encontré con el aborto. Yo me acuerdo de una vecina de (...) que se murió por un aborto clandestino, le agarró una sepsis generalizada. Y ahora me pregunto: si ella hubiera tenido toda esta información, tal vez estaría viva” (**Médica**).
- “No, para nada, en mi época de cursado estos temas no existían, no eran un tema candente” (**Médico**).
- “No” (**Lic. en Obstetricia**).
- “No, en ninguna se lo aborda como debería ser” (**Lic. En Obstetricia**).
- “No” (**Lic. en Trabajo Social**).
- “No, al menos a nivel terciario y universitario. El aborto sólo se trata como una patología” (**Lic. En Obstetricia**).

• “No. Considero que no. Al aborto lo vemos en medicina legal y solo de una manera preventiva para nosotros, qué nos puede suceder en la matrícula. Cuando yo lo estudié solo nos explicaron que estaba permitido cuando estaba en riesgo la salud de la mujer y la vida de la mujer. El tema de la violación no, y cuando le preguntamos al docente nos dijo que en esa parte la ley era muy confusa” **(Médica)**.

• “Recuerdo que, en quinto año en la materia de Medicina Legal, solo en una sola clase me explicaron el avance normativo respecto de los ANP. Sé que en la universidad no se aborda como corresponde. Desconozco las causales” **(Médico Pasante)**.

• “En Salud Mental lo vimos, en Salud Pública lo vimos, pero mínimo al pasar sobre el tema. (...) nosotros no tenemos un módulo específico de ética médica, donde se tratarían estos temas. Lo vemos en una o dos clases al año en 4to. año y de ahí no lo volvés a ver más, abarcan esto y otras cosas más que también son importantes. No hay una formación ética sobre el tema dentro de la carrera” **(Médica)**.

• “No, no recibí información” **(Lic. en Psicología)**.

• “De ninguna manera, la formación académica carece de estos contenidos específicos, así como el diseño de intervenciones con perspectiva de género” **(Lic. En trabajo Social)**.

SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El 67% de las mujeres encuestadas indican que el aborto por voluntad de la mujer no debe ser legalizado.



Graf 33. ¿Qué opina sobre la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo?

Sin embargo, el 71% de las mujeres encuestadas aseguró conocer a alguien que se haya practicado voluntariamente un aborto (amiga, familiar, conocida, vecina, etc.) y consideró, también, que esas mujeres no deberían estar presas esas mujeres.

Este último dato entendemos refleja la desinformación que existe acerca de lo que significa la lucha colectiva por la legalización del aborto, que no implica tomar un posicionamiento moral,

ético o religioso favorable acerca del aborto como hecho de la vida de una mujer, sino evitar que sea la política criminal de un Estado la que se ocupe de un tema atinente a la salud pública.

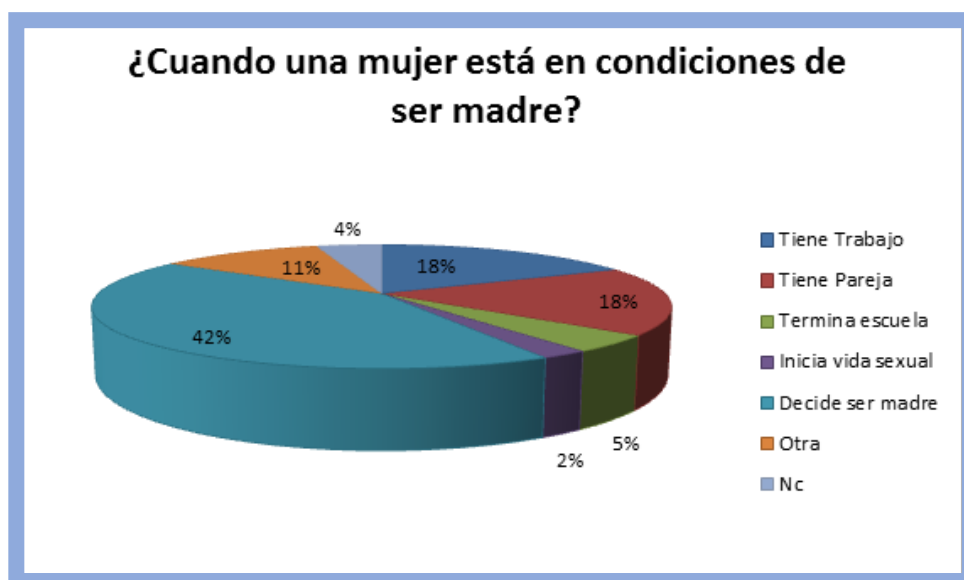
CIUDADANÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA, A MODO DE CONCLUSIÓN:

Existe una idea instalada en el imaginario social que da por sentado que las mujeres de todas las edades conocen o han recibido información sobre salud sexual y reproductiva y que es fácil acceder a un MAC. Esto refuerza una idea de equivocada de autonomía y libertad reproductiva.

Se destaca siguiente comentario surgido de una entrevista en profundidad “Se embaraza la que quiere” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Centro de Salud**).

Tomando en cuenta que el 60% de las usuarias dijo haber cursado al menos un embarazo no buscado o no planificado y que sólo el 56% conoce que una violación es cualquier relación sexual no consentida (independientemente de quien la fuerce o dónde ocurra) consideramos importante a modo de conclusión proponer re-pensar la idea de autonomía frente al un embarazo, tomando en cuenta lo que piensan las mujeres.

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



Graf 34. ¿Cuándo una mujer está en condiciones de ser madre?

Sólo el 2% indicó el “**inicio de la vida sexual**” como hecho habilitador de la maternidad. Esto implica que mantener relaciones sexuales no indica para el 98% de las encuestadas un deseo de maternidad en el horizonte de esa niña o adolescente. Este dato resulta útil respecto de la atención de embarazadas, niñas o adolescentes -5.451 menores de 19 años han parido en Tucumán en 2016- dado que evidencia la urgencia en que profesionales pongan a disposición información sanitaria sobre ILE como alternativa terapéutica válida para esos casos.

El 42% de las encuestadas indica que una mujer está en condiciones de ser madre “**cuándo decide serlo**”. El 18% indica “cuando tiene trabajo” y en la misma proporción “cuando tiene pareja”. El 5% indica “cuando termina la escuela”.

Las encuestadas que conforman ese 42% que acertadamente identifica “la decisión” de la mujer como base de la maternidad **¿Con qué autonomía cuentan?**

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

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

- **¿Qué aporte hará Educación en la autonomía reproductiva de niños, niñas y adolescentes si no se implementa la ESI en las Escuelas?**

- **¿Con qué herramientas podrá superar una mujer el déficit en su educación sexual si no existe información gráfica sobre MAC o ILE en Servicios de Salud y si los/as profesionales que la atienden no le brindan información sanitaria clara, veraz, completa, basada en la evidencia científica y acorde a sus competencias?**

- **¿Cómo podrá controlar la natalidad una usuaria si la escasez de insumos anticonceptivos en las Instituciones Asistenciales es corroborada por los/as profesionales de la salud?**

- **¿Cómo exigirá una mujer una ILE si no conoce cuando es una opción lícita y que tiene derecho a ella?**

- **¿Cómo podrá ejercitarse el derecho a tener una vida sexual placentera, libre de discriminación y violencia si la población es incapaz de disociar sexualidad de reproducción?**

- **¿Cuán ciudadana es una niña, adolescente o mujer que desconoce qué derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos tiene?**

RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES

1) Adherir a la ley N° 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y lograr una efectiva implementación de la misma que asegure la provisión gratuita de MAC a toda la población.

2) Implementar en todos los niveles educativos de formación de niños, niñas y adolescentes de la ley 26.150 de Educación Sexual Integral.

3) Realizar capacitaciones a efectores de salud sobre ILE, su marco normativo y su encuadramiento en la ley N° 26.529 que asegura el respeto por la autonomía, la intimidad, la confidencialidad y el trato digno y respetuoso.

4) Organizar los servicios de salud de forma que cuenten de forma permanente y continua con un equipo de salud preparado para garantizar el acceso a ILEs en todos los hospitales públicos de la provincia.

5) Visibilizar los obstáculos para acceder a MAC y a la ILE como violencia contra las mujeres de conformidad con los arts. 6 inc b, d y e de la ley N° 26.485 y su Decreto Reglamentario N° 1011/10.

6) Garantizar una atención sanitaria laica, libre de la presión de creencias personales de los/as profesionales objetores/as sobre la soberanía de las usuarias.

7) Articular con las Universidades públicas y privadas para incorporar estos temas dentro de la currícula formal de grado de los profesionales de la salud.

8) Impulsar el funcionamiento de los mecanismos propios de la potestad sancionatoria de la Administración para responsabilizar a los/as efectores/as que violen derechos y ejerzan violencia en la atención gineco - obstétrica.

9) Reivindicar a los/as profesionales que garantizan el acceso a la ILE como agentes respetuosos de los derechos humanos y evitar su estigmatización.

10) Revisar las prácticas sanitarias que vinculan a efectores de la salud con personal policial en la atención sanitaria de las usuarias.