



MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

 CATAMARCA





MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

 CATAMARCA



Deza, Soledad

Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Catamarca / Soledad Deza ; contribuciones de Ivana Romero. - 1a ed. - San Miguel de Tucumán : Caleidoscopica, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-90037-3-4

1. Acceso a la Salud. 2. Anticoncepción. 3. Aborto. I. Romero, Ivana, colab. II. Título.

CDD 305.420982

INDICE

1. ¿Quiénes somos?	6
2. Metodología	7
3. Resumen ejecutivo	10
4. El derecho a decidir en el contexto catamarqueño	11
5. Las usuarias catamarqueñas	14
6. Métodos anticonceptivos (MAC).....	18
a. ¿Qué saben las usuarias sobre MAC?.....	18
b. Información sanitaria y elegibilidad	22
c. Principales barreras u obstáculos para el acceso	26
7. Abortos permitidos por la ley.....	32
a. Causal salud (ILE)	33
b. Causal violación (ILE)	36
c. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE).....	39
d. ¿Dónde se garantiza la ILE y la IVE en Catamarca?	41
e. Aborto e información sanitaria.	43
f. Circuitos sanitarios de la ILE y la IVE	45
g. ¿Qué sabe el personal de salud sobre aborto?	52
h. Objeción de conciencia y aborto	56
i. Violencia institucional en la atención de aborto.....	59
8. ¿Qué pasó en el sector privado después de la sanción de ley 27.610?	65
9. Conclusiones feministas sobre ciudadanía sexual	67
10. Recomendaciones	69

1. ¿QUIÉNES SOMOS?

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

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

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

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

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

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



2. METODOLOGÍA

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

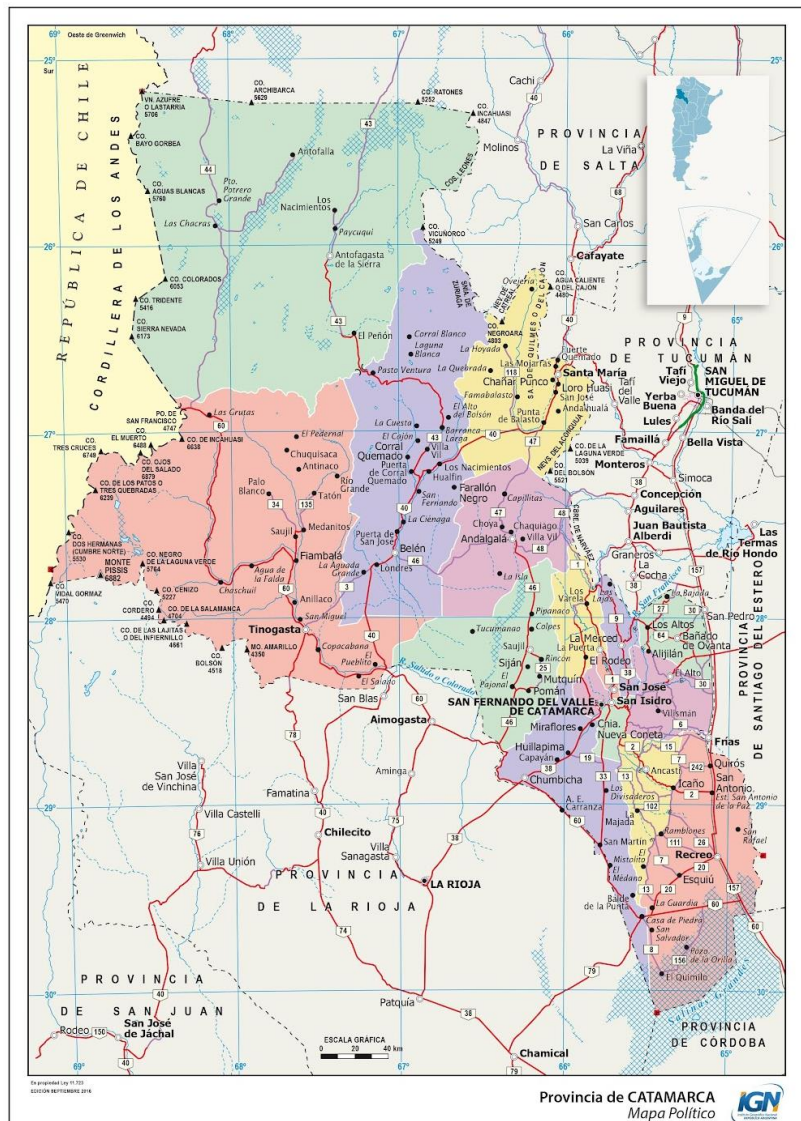
Según el Reporte de estadísticas demográficas y sociales elaborado en el año 2022 por la Dirección Nacional de Población, siendo la quinta provincia menos poblada del país. Su capital, la Ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca, cuenta con el 41% de habitantes de toda la provincia (188.489 personas), mientras que el departamento de Valle Viejo le sigue en cantidad de habitantes con el 7% (33.910 personas).

Catamarca tiene una alta presencia de comunidades indígenas, entre las cuales predominan las etnias Kolla Atacama, Diaguita y Diaguita Calchaquí.

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

¿Qué es un monitoreo social feminista?

Un monitoreo social es además feminista cuando incorpora un enfoque de género e interseccionalidad en la elaboración de las herramientas para monitorear, en la recolección de datos y en la lectura de éstos. Cada encuesta a usuarias lleva a entre 40 minutos y 1 hora



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

Objetivo principal:

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

Objetivos secundarios:

1) Generar un espacio de diálogo con el Estado con la finalidad de incidir en el fortalecimiento de la Agenda de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad biológica de gestar en lo concerniente a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

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

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

4) Ubicar la consulta de interrupciones legales de embarazo y de salud reproductiva (planificación familiar) como una práctica médica lícita que se encuentra protegida por derechos y que debe darse libre de violencias.

Proceso de recolección de datos:

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

Las **observaciones** se hicieron de manera **participante y no participante** según si la monitorea tomó o no el lugar de usuaria para transitar algunos recorridos dentro del Sistema Sanitario de Salud Pública. Se escogieron para ello Instituciones de 1er, 2do, 3er y 4to nivel de atención en distintos puntos geográficos de la provincia: Maternidad Provincial 25 de Mayo (Capital, zona Norte. 4to Nivel), Hospital Juan Bautista (Capital, Zona Centro. 4to Nivel), Hospital Villa Dolores (Ciudad Valle Viejo, Zona Centro. 4to Nivel), Hospital de La Merced (La Merced, Paclín. 3er Nivel), Hospital San José (Fray Mamerto Esquiú). Hospital

Seccional Los Altos (Los Altos, Santa Rosa), Hospital San Juan Bautista (Capital, zona Centro), Hospital Santa María (Santa María), CAPS El Mástil (Capital, zona centro), CAPS Carlos Bravo (Capital, zona centro).

Equipo de trabajo:

Coordinación:

Soledad Deza

Diseño y adecuación local de los instrumentos de monitoreo:

Soledad Deza (Abogada)

Adriana Álvarez (Médica)

Equipo interdisciplinario en la recolección de datos:

Ivana Romero (Estudiante de Derecho)

Josefina Reinoso (Abogada)

Camila Morán Thomas (Médica)

Magali Fernández (Estudiante de Trabajo Social)

Úrsula (Estudiante de Trabajo Social)

Martina Majorel (Estudiante de Trabajo Social)

Ludmila Guzmán (Estudiante de secundaria)

Análisis Estadístico:

Ivana Romero

Elaboración del Insumo:

Soledad Deza e Ivana Romero

Diseño de tapa:

Karime Kandalajt

Referencias para la lectura del insumo:

Maternidad Provincial 25 de Mayo (Maternidad)

Hospital Villa Dolores (Hospital de Valle Viejo).

Hospital San José (Hospital de Fray Mamerto Esquiú)

Hospital Regional de La Merced (Hospital de La Merced)

Hospital René Hilario Jaime (Hospital de Alijilán)

Hospital Centro de Salud (C.S)

Métodos Anticonceptivos (MACs)

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Interrupción Legal del embarazo (ILE).

Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR).

Atención Primaria de Salud (APS).

Organización Mundial de la Salud (OMS).

Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHDE).

Ligadura Tubaria (LT).

Niños, niñas y adolescentes (NNA).

3. RESUMEN EJECUTIVO

- 3 de cada 10 encuestadas no completó la educación obligatoria.
- 4 de cada 10 encuestadas nunca cursó un embarazo planificado.
- 9 de cada 10 encuestadas usó alguna vez un MAC, pero sólo el 67% lo hizo antes de su primer embarazo.
- 5 de cada 10 encuestadas no conoce la vasectomía
- 7 de cada 10 encuestadas no conoce los requisitos legales para la ligadura tubaria.
- 3 de cada 10 encuestadas salieron del Sistema Público de Salud sin información sobre MAC.
- 3 de cada 10 encuestadas sabe que puede acceder a una ILE si su salud está en peligro
- 5 de cada 10 encuestadas sabe que puede exigir una ILE en caso de “violación”
- 4 de cada 10 encuestadas conocen la IVE
- 8 de cada 10 encuestadas no recibió información sanitaria sobre aborto en ninguna consulta ginecológica
- 3 de cada 10 encuestadas afirma que no acudiría a un Hospital en situación post aborto
- 5 de cada 10 encuestadas desconoce que el personal objetor de conciencia tiene obligación de brindarle información y derivarla para el acceso a la prestación
- 7 de cada 10 encuestadas considera que el momento adecuado para ser madre es cuando se toma esa decisión

4. EL DERECHO A DECIDIR EN EL CONTEXTO CATAMARQUEÑO

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

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

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

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

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

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

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

Catamarca es una de las provincias con menos población de la Argentina, donde las estadísticas poblacionales muestran una alta tasa de emigración de sus habitantes, y la pobreza alcanza un 44,3% de acuerdo con datos del INDEC. Este contexto se ve reflejado en el alto porcentaje de usuarias de servicios de salud pública que no terminaron la educación obligatoria y no tiene un trabajo remunerado.

La población de Catamarca, hacia el interior de la provincia está atravesada por la dispersión geográfica y la ruralidad. El sistema de salud catamarqueño responde a una lógica centralizada, que lleva a las usuarias que no son de la Ciudad Capital a movilizarse hasta más de 100 kilómetros desde su hogar a la Capital para poder parir, acceder a una ligadura tubaria o a una interrupción del embarazo. Esta falta de acceso a la salud en el interior de la Provincia, provoca una disminución en la ciudadanía de las niñas, adolescentes y mujeres Catamarqueñas que allí habitan. No tienen la libertad de elegir el método anticonceptivo que desean utilizar, sino que deben resignarse a consumir el que este disponible cerca de su domicilio.

Por su parte, las comunidades originarias que viven alejadas de las urbes no tienen acceso a la salud, porque no existe un sistema de transporte público que comunique todos los departamentos con la Capital, donde se realizan las prácticas de mayor complejidad. Estas comunidades están relegadas y olvidadas en la ruralidad. Las mujeres no pueden acceder libremente a consultas de salud sexual ni muchos menos a recursos para planificar, espaciar o evitar embarazos.

Este es el caso de las comunidades de Las Lajas, Peñas Negras y El Tólar, que ante una emergencia deben cruzar a pie el cerro, caminando durante 6hs o más porque no hay caminos que conecten sus comunidades con el resto de la Provincia.

De la misma forma, retrasadas por motivos geográficos y económicos, aquellas mujeres que desean interrumpir su embarazo, a veces, llegan en una etapa demasiado avanzada a la Maternidad Provincial. Sumados a estos obstáculos económicos y geográficos, esta la falta de información de las usuarias, que, gracias a la falta de educación sexual, no conocen sus derechos a la hora de acceder a un método anticonceptivo o a una interrupción.

A este contexto se le suma la gran influencia religiosa que tiene la provincia, donde el culto católico es predominante e influyente a la hora de tomar decisiones determinantes respecto de la política pública. En Catamarca los grupos religiosos tienen alto grado de incidencia respecto de las decisiones que se toman en el ámbito público, incluyendo las políticas sanitarias. Esto resalta cuando al ingresar a un servicio de salud pública, desde la entrada, puede observarse símbolos religiosos dispersados entre carteles, altares y estatuillas.

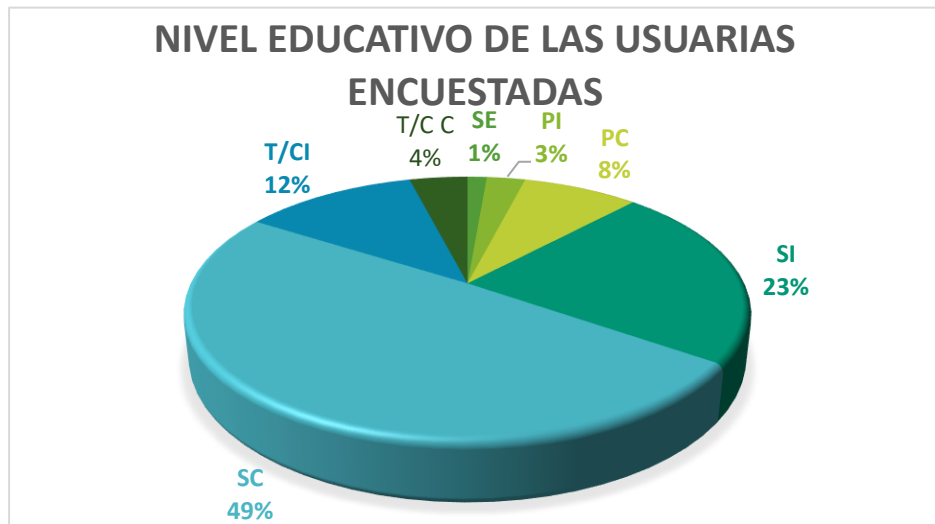
A diferencia de otras provincias conservadoras donde los grupos conservadores se manifiestan como tan para oponerse a la garantía de derechos como son la IVE y la ILE, en

Catamarca quienes se oponen al derecho a decidir son parte del personal de salud de cada servicio, ejerciendo la “objeción de conciencia” de forma errada, muchas veces debido a la desinformación y falta de capacitación. Muchos miembros del personal de salud de servicios de Catamarca no saben que solo quienes intervienen o pueden intervenir en la práctica tienen la posibilidad de objetar conciencia, llevando esto al entorpecimiento del desarrollo de la práctica. Pudimos conocer casos donde personal de farmacia o administrativo se consideraba objetor de conciencia y decidía no brindar información o medicación, tergiversando el derecho a objetar conciencia que garantiza la Ley N° 27.610.

A pesar de este difícil contexto es sumamente resaltable la tarea realizada por los 18 efectores de IVE/ILE que hay en la Provincia, que, contra la falta de políticas públicas tendientes a mejorar el acceso a la salud sexual y la accesibilidad geográfica a servicios de salud pública, se cargan a espaldas la política pública y diseñan redes de trabajo solididad y funcionales para contener la demanda de las usuarias catamarqueñas y garantizar su derecho a decidir.

5. LAS USUARIAS CATAMARQUEÑAS

Las usuarias encuestadas tienen las siguientes características:



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

Todas las usuarias encuestadas son mujeres con un rango de edad entre los 14 y los 64 años, con una edad promedio de 29 años. Predomina el rango etario de 26 a 31 años.

22.66% de las encuestadas no completo la educación formal obligatoria. Solo el 49% de las usuarias encuestadas tiene a la educación obligatoria completa (primaria y secundaria completa). 3% de las encuestadas no completo la primaria, el 8% solo completo sus estudios primarios y el 49% finalizó la secundaria.

Empleo y programas sociales:

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

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

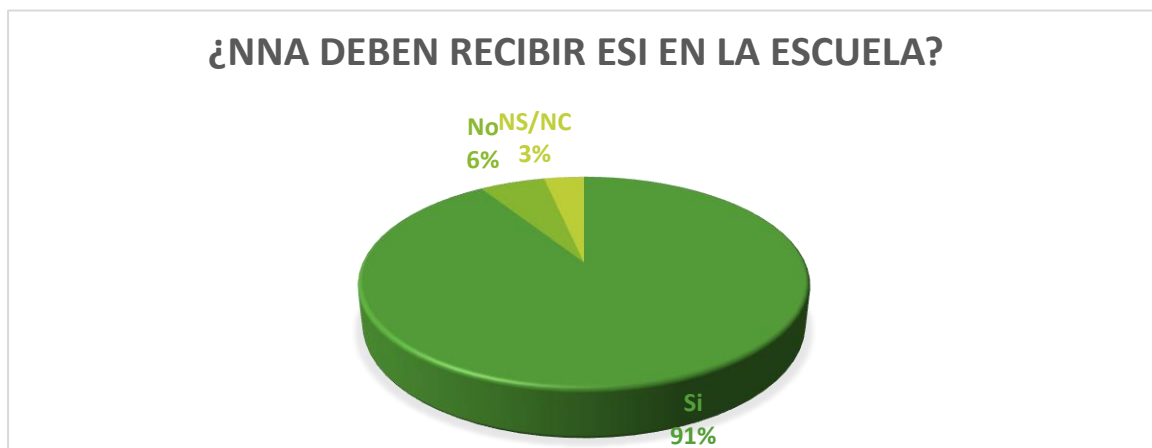
65,27% de las encuestadas recibe algún plan social, siendo en el 81% de los casos la Asignación Universal por Hijo. Otros planes mencionados de manera frecuente son el PROGRESAR y la pensión a madres de 7 hijos.

78,26% de las encuestadas tiene familiares a cargo, en la mayoría de los casos se trata de hijos. Registramos casos de hasta 8 familiares, entre personas mayores e hijos, al cargo exclusivo de la usuaria encuestada.

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

Frente a la pregunta **¿Consideras que los adolescentes pueden asistir solos a una consulta? 4 de cada 10** usuarias encuestadas acuerda con que NNA pueden recibir información y provisión de un MAC, aun sin compañía de sus padres. Y el 13.79% considera que dependerá de su edad y grado de madurez.

Entre aquellas que desconocen la autonomía progresiva de NNA una de las razones que se repiten con mayor intensidad es la falta de madurez de les adolescentes: “Son muy chicos y no prestan atención” (Patricia, 41 años), “No, no pueden. Todavía no tienen la capacidad” (Mariel, 38 años) y “No, ellos no entienden bien lo que les están explican” (María, 48 años) lo cual nos hace cuestionarnos qué grado de eficacia tiene la implementación de la Ley 26.1520 de Educación Sexual Integral (ESI) en la provincia.



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

Se destaca el comentario de una **licenciada en obstetricia**, quien nos comentó que ella, junto a una psicopedagoga de la capital *“intentamos ir una vez al mes a las escuelas y a los colegios, pero no damos abasto, siempre somos las mismas que vamos cuando nos llaman. No hay un compromiso desde las escuelas de mantener un espacio dedicado a la educación sexual”*

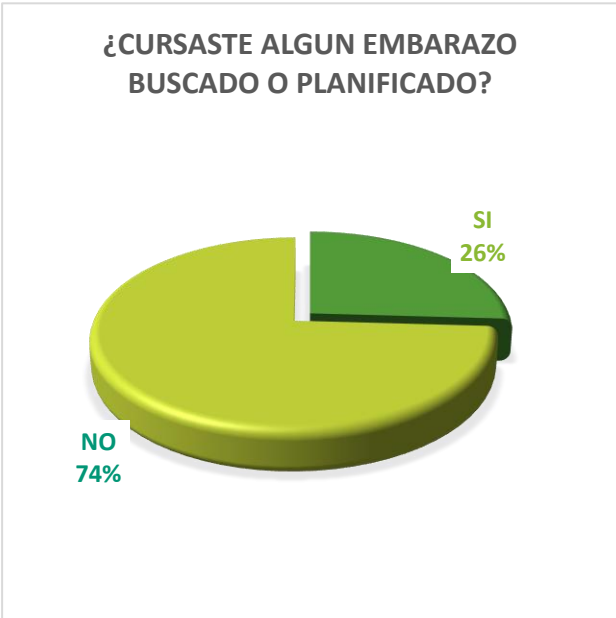
En las Observaciones no participantes se pudo advertir que se atiende a adolescentes tanto solos/as como acompañadas de amigos o familiares. Las adolescentes son atendidas y sólo en casos de vulnerabilidad dan aviso al servicio social. Pudimos notar situaciones discriminatorias en el trato del personal administrativo y de recepción, que trataba diferente a las adolescentes según asisten solas o acompañadas, según su etnia y su clase social. En particular, una situación llamativa ocurrió en la **Maternidad Provincial**, “donde todo el equipo monitoreante pudo oír como una empleada administrativa de recepción le reclamaba a una joven haber llegado tarde, ventilando a viva voz el motivo de su consulta”

A comparación de otras provincias como Salta y Jujuy donde existe una destacable labor de los equipos de APS (Atención primaria de salud) conformados en su mayoría por agentes sanitarios, en el caso de Catamarca, las usuarias no tienen un primer acercamiento a los anticonceptivos en una relación de confianza pre-constituida, sino que pueden acceder a la asesoría de un profesional recién cuando acuden a la consulta de salud sexual con un o una ginecóloga u obstetra que pueda guiarlas. Otro problema es el desabastecimiento evidente

en los Hospitales de primer nivel, CAPS y Postas que hay en los pueblos, que obligan a las usuarias a trasladarse kilómetros solo por una consulta de salud sexual o un método anticonceptivo. Consideramos que esto está altamente relacionado con las altas tasas de embarazo adolescente.

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

- “No hay ESI, desde hace mucho que no se veían tantas enfermedades de transmisión sexual como en el último tiempo. No conocen como cuidarse.” (**Integrante del equipo de Salud del Hospital de Fray Mamerto Esquiú**).
- “A veces vienen niñas de 12 años a retirar preservativos, pero no saben ni para que son. Es necesario preguntarles y preguntarse uno porque una criatura tan niña busca preservativos” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Regional de la Merced**).
- No creo que se garantice la ESI, vienen muchas mujeres ya adultas que no conocen como funciona su cuerpo, ya vienen embarazadas muchas veces” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores**).

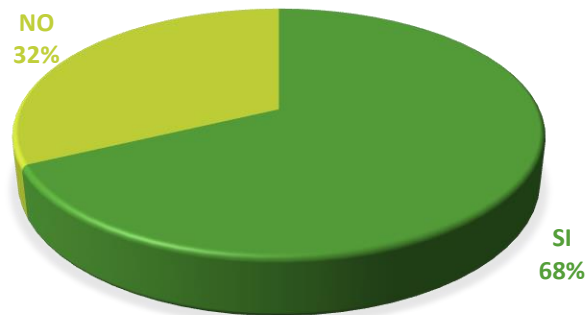


EMBARAZO NO PLANIFICADO:

7 de cada 10 encuestadas transitó un embarazo no planificado y el **97%** de estas lo llevó a término.

Pese a que más del **9 de cada 10** usuarias dice saber que tienen derecho a obtener un método anticonceptivo (MAC) de forma gratuita de parte del Estado, sólo **6 de cada 10** dijo que uso uno antes de su primer embarazo, siendo 29 años la edad promedio de las usuarias encuestadas.

¿USASTE UN MAC ANTES DE TU PRIMER EMBARAZO?



No podemos evitar comparar estos números con la alta tasa de fecundidad adolescente de Catamarca que, a pesar de haber disminuido considerablemente los últimos 15 años, sigue siendo preocupante, pues es de un 42,45%¹.

¹ <https://www.pagina12.com.ar/409804-la-tasa-de-fecundidad-adolescente-en-catamarca-es-del-42#:~:text=La%20provincia%20registra%20una%20media,son%20del%2040%2C7%25.&text=La%20tasa%20de%20fecundidad%20adolescente%20tard%C3%ADa%20muestra%20la%20cantidad%20de,de%2015%20a%2019%20a%C3%B1os.>

6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

a. ¿Qué saben las usuarias sobre MAC?

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

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

Aunque **6 de cada 10** encuestadas respondió no saber “**qué son los derechos sexuales y reproductivos**”, el **96%** dijo conocer que tiene derecho a acceder a un MAC de forma gratuita.

8 de cada 10 usuarias reconoció haber utilizado alguna vez un MAC. Sin embargo, sólo el 67% dice haber conocido uno antes de su primer embarazo.

Los métodos más conocidos de acuerdo por las usuarias catamarqueñas encuestadas son: el preservativo masculino (93%) y las pastillas anticonceptivas (93%), seguido por la anticoncepción de emergencia (90%) y en menor medida la pastilla anticonceptiva de emergencia (76,7%). El método menos conocido es el preservativo femenino (0.4%).

Los MAC más utilizados por las usuarias es el inyectable mensual con 41,93%, las pastillas anticonceptivas con 38,70% y en igual medida el DIU y el implante subdérmico con un 16,12%.

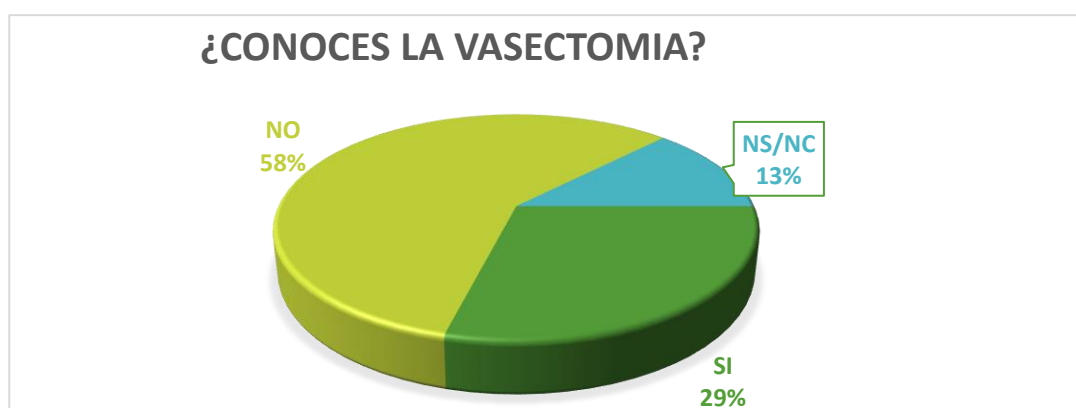
Por otro lado, indagamos si la fuente del conocimiento que tienen las usuarias sobre MAC para establecer qué grado de calidad tiene su elección y destacamos los siguientes hallazgos: si bien las pastillas anticonceptivas son conocidas por **7 de cada 10** de las usuarias, la información que manejan sobre su uso solo proviene del personal de salud en un 36% de los casos.

VASECTOMÍA

Solo **3 de cada 10** usuarias encuestadas conoce la vasectomía.

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

Se destaca el siguiente comentario “Yo me entere que se podía buscando en internet, y a mi marido le pareció bien, pero cuando consultamos para que le den un turno no sabían dónde se hacía. Tuvimos que consultar varias veces” (**usuaria madre de 3 hijos, Maternidad Provincial**)



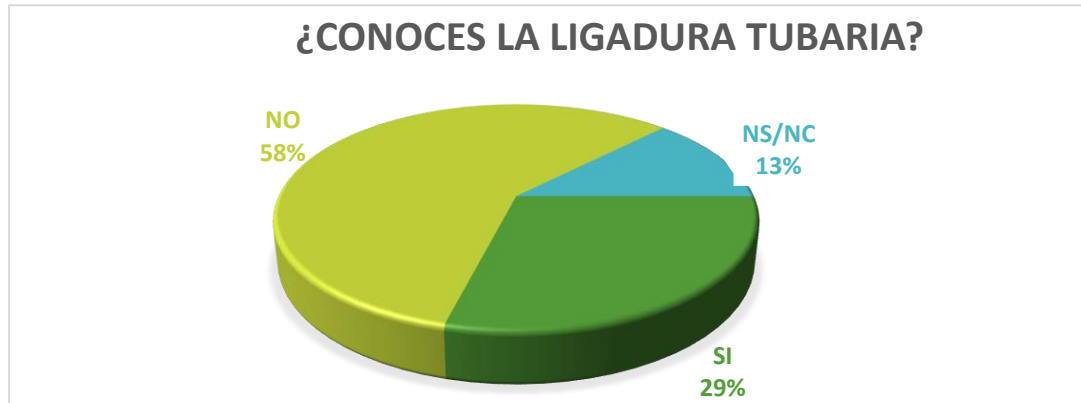
Ahondando sobre el tema en Entrevistas en profundidad se extrajo el siguiente comentario: “Todavía hay mucho tabú respecto de la vasectomía, nos pasó de estar dando un taller en un colegio secundario de la capital y que un profesor se opusiera a que hablemos de vasectomía, porque consideraba que era quitarles la hombría a los hombres” (**integrante del equipo de Salud del Hospital Villa Dolores**)

LIGADURA TUBARIA

6 de cada 10 usuarias encuestadas dijeron conocer la ligadura tubaria, pero el 73,34% de las encuestadas reconoció que desconoce sobre sus requisitos legales. La Ley N° 26.130 tiene como únicos requisitos para este método: 1) mayoría de edad; 2) consentimiento informado.

Algunas de aquellas usuarias que tenían conocimiento de los requisitos, poseían información incompleta o poco exacta. Por ejemplo, varias de las usuarias estaban seguras de que uno de los requisitos era haber tenido al menos un hijo o que era necesario tener más de treinta años. Es recalable que esta información proviene por lo general e profesionales de salud.

En la toda la provincia el único hospital que garantiza ligaduras tubarias es la Maternidad Provincial 25 de Mayo, provocando que las mujeres del resto de la provincia deban viajar kilómetros para acceder a este método, sumado a los gastos que significa pagar un pasaje de colectivo, o viaje en remis en la mayoría de los casos, ida y vuelta de la capital, además del



hospedaje y comida para aquella persona que las acompaña

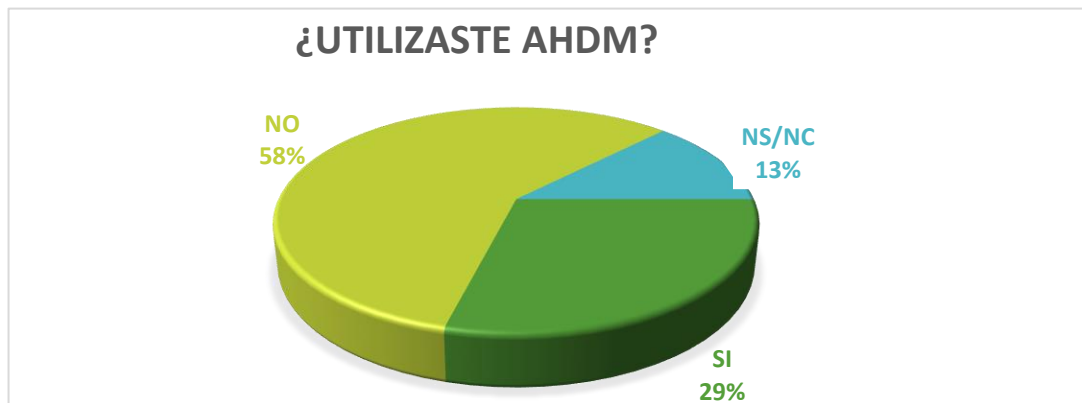
El nivel de desinformación es profundo, puesto que las mujeres que dicen conocer los requisitos poseen información incompleta o errada. Destacamos los siguientes comentarios recogidos de **usuarias** y de **entrevistas en profundidad** a profesionales:

- “Yo pedí que me la hicieran cuando fui a tener a mi última nena, me hicieron firmar y todo, pero el médico no me la hizo. Querían que volviera después a hacérmela y yo no quise, porque me iban a tener que abrir de nuevo solo para eso. Ahora tengo el DIU”. (**usuaría de la Maternidad Provincial**)
- “A mi hermana le ligaron y ella no sabía, no le habían dicho. Se enteró después cuando consulto para ponerse el DIU. Ella no la había pedido” (**usuaría madre de 3 hijos, Hospital Villa Dolores, Valle Viejo**).
- “Para una ligadura tubaria tienen que ir a la maternidad, por eso muchas veces se dejan estar y no van, y ya se embarazan de nuevo” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de La Merced**)

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA (AHDE)

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

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



Resaltamos, que, a diferencia de otras provincias del Norte, como Salta, la mayoría de las usuarias catamarqueñas sabía que podía solicitar de forma gratuita la AHDM en un CAPS o Posta. La AHDM es un método anticonceptivo que parece siempre estar disponible para las usuarias, a diferencia de la inyección mensual o el implante subdérmico, que registra faltantes.

A partir de observaciones participantes y entrevistas a profesionales pudimos conocer que se registra cada vez que una usuaria solicita una AHDE y que, siempre que esta se le recomienda a la usuaria asistir a una consulta con una obstetra o ginecóloga/o que pueda brindarle un método anticonceptivo de uso diario o de larga duración

Al consultar a las usuarias sobre las AHDE, pudimos notar que, a pesar de haber disponibilidad de la AHDE no se les brinda información suficiente al respecto de la misma. Una usuaria **de 39 años en el Hospital de La Merced** nos comentó “yo nunca la quise tomar porque me habían dicho que eso te hacia sangrar y tirabas todo de adentro”. Esto es coincidente con el bajo porcentaje de usuarias que recibió información sobre el uso de AHDM de un profesional.

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

- “Hemos tenido casos donde creen que pueden objetar conciencia y no dar métodos anticonceptivos”. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial)**
- “Desde hace mucho que hay faltante de mesigina, el anticonceptivo inyectable, las que pueden se lo compran en la farmacia y se lo colocan acá, pero muchas no pueden” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de La Merced)**

- “Se ponen muchos implantes, pero a los dos meses ves a las chicas volviendo a sacárselos. Yo se los saco, porque entiendo que no pueden estar así, con mucho sangrado.” (Integrante del equipo de salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú)

b. Información sanitaria y elegibilidad

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

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

Además, en refuerzo de la legislación más antigua, la **Ley 27.610 de “Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo”** prevé en su art. 2 inc. d. como derecho de las personas con capacidad de gestar “Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.”²

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*”³. 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*”⁴

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

Solo **6 de cada 10** encuestadas recibió información eficaz para la elegibilidad de su MAC. El 18% de las usuarias encuestadas no recibió ningún tipo de



² Art. 2 inc. d. de Ley 27.610.

³ Art. 2 inc. e) de la ley N° 26.529.

⁴ Art. 3 de la ley 26.529.

información que favorezca la elección y el 14.3% parece haber recibido información no satisfactoria en tanto contesta “si, algo” y el 3.6% recibió un MAC, pero señala: “me explicaron, pero no entendí”. Algunas usuarias que no recibieron toda la información que necesitaban comentaron que no se animaron a preguntar. Una usuaria del **Hospital Villa Dolores** comento “te atienden muy rápido y si te demoras con algo ya te están diciendo que tienen muchos pacientes, a veces te ven así no más”

A partir de las **observaciones participantes y no participantes** notamos lo siguiente: “No hay carteles o folletos sobre derechos sexuales y reproductivos. Y tampoco folletería disponible en la entrada del hospital. En los consultorios podemos encontrar carteles sobre el programa de salud sexual y reproductiva” (**Hospital de Santa María**). Hay cartelera del Ministerio de Salud sobre Parto respetado, enfermedades e infecciones de transmisión sexual, sobre la vacuna contra el HPV, sobre el uso del preservativo masculino, sobre IVE e ILE, así como también hay mucha cartelera elaborada por personal de la Maternidad donde muestran como es el implante subdérmico, otros sobre la lactancia materna y otros sobre el sistema de turnos para IVE e ILE entre otros. Si bien hay un estante colgante para folletería, al momento de realizar la observación este estaba vacío. El equipo monitoreante dejó folletos sobre MACs e IVE/ILE. colocación de implante subdérmico. En el pasillo del área de ginecología hay más carteles sobre la línea de salud sexual y 10 carteles redondos y llamativos del plan ENIA, que contienen un código QR que al escanearlo redirige a la página oficial del plan ENIA (<https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia>)” (**Maternidad Provincial**). En la sala de espera y en los pasillos hay carteles sobre el DIU y sobre la línea de salud sexual que, por su formato, parecen ser viejos. Hay abundante cartelera sobre el dengue y sobre medidas de prevención ante el COVID 19. No hay carteles sobre ILE o IVE (**Hospital de Alijilan**). “únicamente se ve cartelera” (**Hospital de Villa Dolores**).

Es destacable el caso del **Hospital San José, de la localidad de Fray Mamerto Esquiú**, que no tiene absolutamente ningún cartel sobre salud en la sala de espera y admisiones principal, pero si tiene varias imágenes religiosas. Para encontrar el primer cartel sobre anticonceptivos tuvimos que cruzar la sala y el pasillo, llegando a una segunda sala de espera interna”

Así como pudimos observar carteles con códigos QR, también vimos muchos carteles que indicaban links para conocer sobre anticoncepción o sobre los lugares donde se realizan IVEs e ILEs en Catamarca. En estos casos, **¿Qué pasa con quienes no tienen acceso a tecnología?** La barrera informática no debe ser un obstáculo para el acceso a la información. Aquellas personas que no poseen dispositivos móviles actualizados no podrán escanear un código QR, o buscar una página, por lo cual no importa que tan completa sea la información alojada en la página web, si es inaccesible para algunas usuarias. También es importante resaltar que en ninguno de los servicios encontramos información en formatos accesibles para personas no videntes.



Para conocer más sobre la posibilidad de elegibilidad de las usuarias respecto de los MAC preguntamos si alguna vez solicitaron anticonceptivos en un Servicio de Salud: **8 de cada 10 mujeres solicitó anticonceptivos y el 8,3% respondió que les fue negada la provisión de MAC.** En varias oportunidades, las usuarias refirieron que la negativa tuvo como explicación que tenían que consultar con el obstetra primero.

Frente a la pregunta “¿Durante la última consulta ginecológica, ¿el/la profesional te informo sobre métodos anticonceptivos?” **8 de cada 10** respondió afirmativamente, mientras que el 14% no recibió información al respecto y un 4% no se sintió cómoda para preguntar.



Se destaca el siguiente comentario extraído de una de las encuestadas: “Yo me puse el implante y sangraba mucho, me lo tuve que sacar porque estuve dos meses así, no podía hacer nada, no tenía energías. Yo pregunte porque pasaba eso, y me decía la obstetra que era normal, pero no me explico nada más. A mí no me parecía normal, así que me lo hice sacar” **(Usuaría entrevistada en la Maternidad Provincial)**

Consultadas específicamente sobre los métodos conocidos y aquellos más utilizados, aquellas mujeres que respondieron afirmativamente que habían solicitado MAC en instituciones públicas (79,3%) se evidencia que:

Ninguna de las encuestadas refirió que la responsabilidad de usar un MAC fuera compartida en la pareja, a pesar de que el 58,64% de las usuarias dijo que tiene una pareja estable conviviente. 80% de las encuestadas no sabía que su pareja podía realizarse una vasectomía en un Servicio de Salud pública, y sólo 3 de cada 10 mujeres encuestada conoce que es una vasectomía.

Se destaca el siguiente comentario de una usuaria: “Yo sé que no sirve, mi sobrina nació con el DIU en la mano” Al ser consultada sobre si alguna vez había recibido información sobre el DIU de parte de un profesional dijo que no. Nos contó que no tenía muchas oportunidades de asistir a consultas sobre salud sexual “en Los Altos la obstetra atiende una vez al mes como mucho, y ginecólogo no hay, por eso me vengo a la Ciudad” **(usuaria de 41 años encuestada en la Maternidad Provincial)**

La problemática que más identifican las usuarias es la falta de ginecólogos/as en sus localidades, lo que las lleva a viajar hasta la Capital de Catamarca para asistir a una consulta.

Estos viajes muchas veces son postergados debido a las ocupaciones diarias de las usuarias, como encargarse de cuidar de toda la familia. Como referimos arriba, hay cuidadoras exclusivas que llegan a estar a cargo de hasta 8 personas.

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

Sobre la elegibilidad de los MAC observamos que **3 de cada 10** mujeres encuestadas NO eligió su método anticonceptivo.



Varias encuestadas nos contaron que la primera vez que utilizaron un MAC, no sabían cómo funcionaba ni que efectos tendría en sus cuerpos “cuando tenía 15 mi mamá me llevo al camión sanitario donde estaban poniendo el chip, ahí me lo pusieron y después me lo tuve que hacer sacar acá porque sangraba todos los días y no podía ni salir a la calle” (**usuaria de la Maternidad Provincial**)

Si bien 4 de cada 10 de las mujeres encuestadas no usaba un método anticonceptivo antes de su primer embarazo, el haber ingresado al sistema de salud pública a causa de los controles que conlleva el embarazo y finalmente la atención al parir, tampoco les aseguro a las usuarias un método anticonceptivo ni información sobre estos. **Casi la mitad de las mujeres encuestadas salieron de parir sin un MAC y aquellas que no recuerdan posiblemente salieron en iguales condiciones.**

En particular, es resaltable el caso de dos usuarias de **la Maternidad Provincial** que contaron que salieron de parir creyendo que les habían ligado las trompas, para enterarse después que no era así. A una de ellas no le informaron que no se había realizado el procedimiento y se enteró cuando quedo embarazada de su sexto hijo. La frecuencia absoluta referida a la opción “No sabe / No corresponde” se refiere a aquellas mujeres que aún no tuvieron hijos.

A pesar de que en el año 2020 el Poder Ejecutivo Provincial emitió el decreto 548/2020⁵, que declara la “zona de alerta y vigilancia epidemiológica permanente a la provincia de Catamarca, hasta tanto perdure el peligro de brote epidémico por la presencia del vector, mosquito *Aedes Aegypti*, que transmite las enfermedades de Dengue, Zika y Chikungunya” y de que cada año el Ministerio de Salud promueve campañas de control focal y descacharrado para eliminar los criaderos del mosquito transmisor, aun cuando las implicancias del zika para la gestación son graves y de público conocimiento, el **70,4% de las usuarias encuestadas manifiestan no haber recibido información sanitaria sobre el tema.**



Podemos decir que la prevención del Dengue, Zika y Chikungunya está en la agenda del Ministerio de Salud de Catamarca, entonces **¿Por qué no hay información grafica sobre las consecuencias del zika en embarazadas? ¿Por qué los riesgos de padecer zika en el embarazo no son mencionados durante las consultas de salud sexual?**

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

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

c. Principales barreras u obstáculos para el acceso

DESCONOCIMIENTO SOBRE MAC DISPONIBLES Y SU FUNCIONAMIENTO.

⁵ Decreto 548/2020 del Poder Ejecutivo Provincial de Catamarca, publicado en el boletín oficial del 17 de marzo del año 2020. Disponible en <http://www.saij.gob.ar/548-local-catamarca-declaracion-como-zona-alerta-vigilancia-epidemiologica-permanente-hasta-tanto-perdure-peligro-brote-epidemico-presencia-vector-mosquito-aedes-aegypti-transmite-enfermedades-dengue-zika-chikungunya-k20200000548-2020-03-17/123456789-0abc-845-0000-0202kvorpced?q=%20tema%3A%20salud%3Fp%3Fpublica%20AND%20fecha-rango%3A%5B20200315%20TO%2020200331%5D&o=0&f=Total%7CTipo%20de%20Documento/Legislaci%F3n%7CFecha%7COrganismo%7CPublicaci%F3n%7CTema%7CEstado%20de%20Vigencia%7CAutor%7CJurisdicci%F3n/Local/Catamarca&t=6>

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

A ello debe adicionarse la fuerte presencia religiosa que en todos los Centros de Atención de la salud, de todos los niveles de complejidad y en todo el territorio de la provincia. La presencia de imágenes religiosas no se limita a la decoración edilicia, sino que existen capillas, y altares ubicados en distintos lugares de los Centros de Atención y un fuerte activismo conservador dentro de las Instituciones, protagonizados sobre todo por personal de salud.

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

A pesar de que por medio de la **Ley Provincial N° 5552**⁶ Catamarca

adhiere a la Ley Nacional de Educación Sexual Integral N° 26.150⁷ y posteriormente se convirtió en la primera provincia en tener un Programa Permanente de Capacitación de Educación Sexual Integral (ESI) implementado por medio de la Ley Provincial N° 5.720 que establece de la capacitación permanente y obligatoria para el personal educativo de todos los niveles, a partir de las encuestas a usuarias y las entrevistas a profesionales pudimos conocer que los adolescentes llegan a los servicios de salud con poco o nulo conocimiento sobre salud sexual. Un reflejo de este desconocimiento es el comentario de integrantes del personal de salud respecto del aumento de ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), al respecto una **integrante de equipo de salud del Hospital de Fray Mamerto Esquiú** nos refirió “Han aumentado mucho las enfermedades de transmisión sexual en los chicos adolescentes, enfermedades que ya no se veían volvieron. Eso es porque se concentran en



⁶ Ley Provincial N° 5552 promulgada por decreto N° 1357/18 el 05/11/2018.

⁷ Ley N° 26.150 crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

no embarazarse, porque se usa mucho el implante y no saben que igual pueden contagiarse de enfermedades”

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

- “Yo tengo chicos en la escuela y creo que, si se da ESI, pero hay mucho de las ideas católicas que se interponen” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial**).
- “Hay ESI en la escuela, desde la bajada del ENIA está funcionando en capital, pero no está llegando al interior, donde además no tienen acceso pleno a salud.”. (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial**).
- “Hay mucho tabú respecto de la salud sexual, acá atendemos muchas mujeres vichí y para ellas tomar métodos anticonceptivos es muy raro, muchas creen que les va a hacer mal. Algunos de los compañeros no tienen paciencia para explicarles y a veces las tratan mal, les hablan fuerte”. (**Integrante del equipo de salud del Hospital San José de Fray Mamerto Esquiú**)
- “Los adolescentes tiene como más acceso, no solo acá sino también por el Plan ENIA que generalmente hacen talleres, van por las escuelas. Hoy se les habla más a los chicos” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial**).

BARRERAS BUROCRÁTICAS Y DESABASTECIMIENTO

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

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

- “Nuestro mayor obstáculo en la provincia sería la accesibilidad y la descentralización, en términos geográficos. Los altos, Belén, Andalgalá no acceden fácil, por lo geográfico” (**Integrante del Equipo de Salud de la Maternidad Provincial**).
- “Catamarca de por sí es una provincia muy religiosa, hoy se habla más y hay una mayor demanda desde las mujeres. El mayor obstáculo es geográfico, si bien hay equipos que trabajan en el interior como desde ENIA. Hay gente a la que le conviene ir a Tucumán, les queda más cerca que venir a Capital” (**Integrante del Equipo de Salud de la Maternidad Provincial**).
- “Aquí tenemos una sola obstetra, entonces por cualquier cosa de complejidad tienen que irse a la Maternidad, y como a veces está cortado (el camino) llaman por teléfono y sacan turno para las interrupciones,” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de la Merced**).
- “La falta de información, falta educación sexual evidentemente. Además, está el difícil acceso desde lo geográfico. A veces se vienen hasta acá desde Los Altos, desde Balcozna. También la falta de recurso humano, de profesionales que hagan IVE”. (**Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores**).

- “Un obstáculo es moral, es un pueblo chico y muy religioso, conservador. Las pacientes quieren que se haga lo más oculto posible. Otro obstáculo es geográfico, mucha gente viene desde Rumi Punco o desde la Cocha **(Integrante del equipo de salud del Hospital de La Merced)**.”

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”*.

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

En Catamarca son los equipos de ENIA y de Salud Sexual de cada servicio los encargados de brindar esta información a la comunidad, por medio de talleres en escuelas primarias y secundarias y en los servicios de salud.

- En **entrevistas en profundidad** muchos reflejaron que no recibieron capacitación respecto DDSSRR, “sobre anticoncepción y parto, pero no sobre aborto, ni tampoco se hablaba de parto respetado”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Villa Dolores)**
- “En las practicas aprendimos sobre derechos sexuales, sobre eso no recibí capacitación en la facultad” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial)**.

En casi todas las **observaciones no participantes** se detectó el déficit de información gráfica vinculado con la salud sexual: “No observamos cartelera ni información gráfica de ningún tipo en la sala de espera del Servicio de Salud. Si podemos observar varias imágenes religiosas. **(Hospital de Fray Mamerto Esquiú)**. “No hay ningún cartel sobre anticoncepción o IVE/ILE en todo el servicio, solo notamos carteles sobre HPV y Papanicolaou” **(Hospital de Los Altos)**. “Observamos carteles sobre métodos anticonceptivos, sobre turnos para colocación del implante, encelando también como se ve el implante, carteles sobre el parto respetado y también sobre violencia de género, en igual medida observamos imágenes religiosas por todo el servicio” **(Maternidad Provincial)**. “Observamos todas las paredes del CAPS llenas de cartelera sobre DSRyNR y sobre violencia de género, también hay disponible folletería sobre métodos anticonceptivos, así como preservativos”.



“Observamos carteles sobre DSRyNR recién al llegar a la zona nueva del Hospital, donde está el consultorio de la Lic. en Obstetricia”. **(Hospital de La Merced)**. “Hay carteles sobre el uso de anticonceptivos, la vacuna contra el VPH. No hay folletos, ni información sobre ILE o IVE. Los carteles son en su mayoría viejos”. **(Hospital de Los Altos)**.



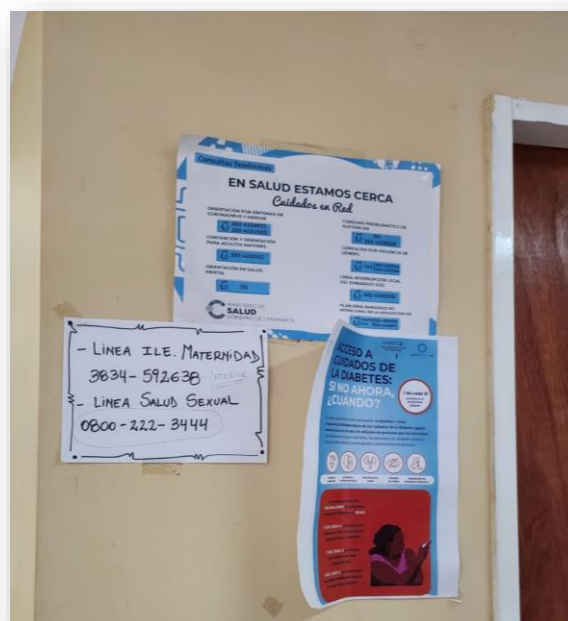
OBSTÁCULOS MÉDICO-BUROCRÁTICOS EN EL CIRCUITO DE ATENCIÓN

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

Para tener idea del recorrido que realiza una mujer en una Institución para acceder a un MAC se transcriben las siguientes **observaciones participantes**: “Cuando consultamos por pastillas anticonceptivas en farmacia, nos indicaron que debíamos primero sacar un turno con la obstetra” (**Hospital Villa Dolores**). “Pedimos un anticonceptivo hormonal de emergencia y nos mandaron a la farmacia, de la farmacia nos mandaron al consultorio de salud sexual”. (**Maternidad Provincial**)

De **observaciones no participantes** se destaca: “Hay un consultorio de salud sexual. Es un espacio pequeño que es compartido por Lic. en obstetricias y ginecólogas de acuerdo a la necesidad. Esta lleno de carteles sobre DSRyNR y hay folletería para las consultantes “.

(**Maternidad Provincial**). “No hay anticonceptivos disponibles a la mano, de ningún tipo. Tampoco había folletería disponible. En todo el Servicio solo estaban una enfermera y una obstetra que nos atendió” (**Hospital de Fray Mamerto Esquiú.**)



7. ABORTOS PERMITIDOS POR LA LEY

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

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

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

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

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



Capilla dentro del Hospital San Juan Bautista de la Capital.

a. Causal salud (ILE)

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

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

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

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

¿QUÉ SABEN LAS SALTEÑAS SOBRE ILE POR CAUSAL SALUD?

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



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

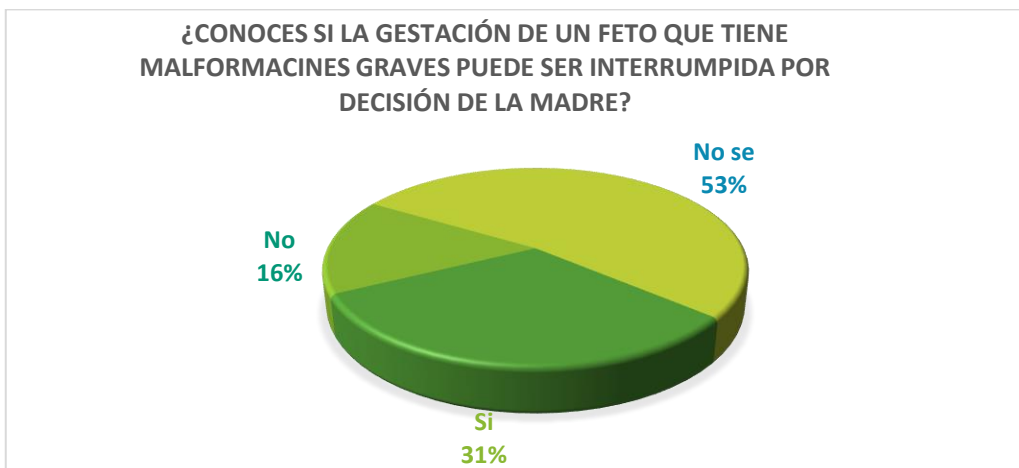
Se extraen los siguientes comentarios entre las usuarias encuestadas: “Cuando tiene una enfermedad grave” (**usuaria de 29 años**) “Cuando no tiene cuerpo para parir un hijo” (**usuaria de 51 años**) “Cuando el bebé está afuera del útero” (**usuaria de 22 años**) “Cuando por enfermedades la gestación es peligrosa” (**usuaria de 29 años**) “Por enfermedades mentales de la madre” (**usuaria de 42 años**) “Cuando sea que no lo quiere tener” (**usuaria de 26 años**) “Hay muchas situaciones. Cuando la niña es muy menor, cuando ya sus muy mayor, o cuando él bebe tiene alguna condición” (**usuaria de 26 años**) “Cuando esta en una situación económica grave” (**usuaria de 26 años**) “Cuando no lo quiere tener, no lo va a amar”. (**usuaria de 21 años**)

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

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

En 2017 y 2019, las respuestas eran “*cáncer – diabetes - presión alta – asma – problemas cardíacos*” o respuestas afines que indicaban una clara noción de la salud que contempla únicamente el ámbito físico. En esta nueva edición de Monitoreos Feministas (Salta y Tucumán 2023) podemos observar una visión mucho más amplia y comprensiva del concepto salud integral, que le da un lugar importante a la salud mental y al bienestar completo de la persona.

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



De acuerdo al **Informe Anual del Ministerio de Salud de la Nación “ImplementAR IVE/ILE”⁸**, que plasma los datos de las IVEs e ILEs garantizadas en todo el territorio nuestro país hasta el 30 de septiembre de 2022, **en Catamarca se hizo un total de 910 IVEs o ILES**. Lamentablemente este informe no disgrega entre interrupciones legales y voluntarias, pero de todas formas nos sirve de parámetro para identificar el vacío con el que se encontraban las usuarias, hace no mucho tiempo, al solicitar una práctica lícita, regulada desde hace más de 100 años.

⁸ Informe Anual 2022. ImplementAR IVE/ILE Ley 27.610. Ministerio de Salud de la Nación. 2022.

b. Causal violación (ILE)

Bajo la denominación “Causal Violación” se encuadra la interrupción legal de un embarazo que es producto de una violación o un abuso sexual. En cualquier caso, una relación sexual no consentida. El fallo F.A.L despejó toda duda acerca de si la mujer con derecho a abortar era solo la que tenía una restricción en la capacidad o competencia y desde 2.012 esa duda quedó saldada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación cuando sostuvo que sería discriminatorio autorizar el aborto solo del embarazo forzado de la mujer “idiota o demente”.

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

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

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



Sin embargo, al indagar sobre que entienden las encuestadas por “violación”, advertimos que el **26,1% no tiene claro que es una violación.**

El 19% cree que una violación es una relación sexual forzada por un desconocido y un 7.1% de las mujeres encuestadas dice que una violación es una relación sexual forzada por una persona que no es la pareja.



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

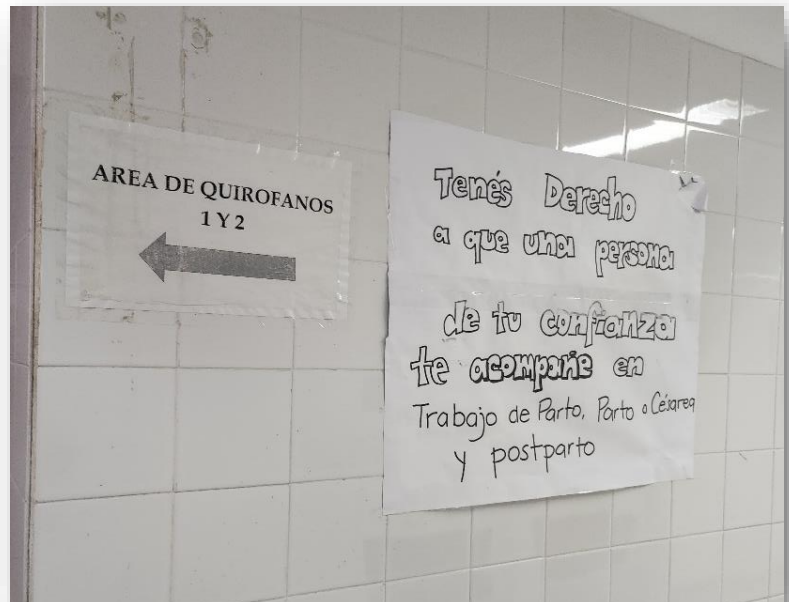
Muchas de las encuestadas, al consultarles si estaban de acuerdo con la legalización y despenalización del aborto antes de la sanción de la Ley 27.610, comentaron que acordaban con el aborto solamente en situaciones como la violación. Esto nos hace preguntarnos, si acaso existe una manera de medir cuando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

Una **usuaria del Hospital de Villa Dolores** comento: *“Me parece bien que se permita abortar a una niña que fue abusada, pero no a las personas que si pueden cuidarse”*

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

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

- “No se exige denuncia, solo declaración jurada”. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “Si, si se solicita denuncia” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú).**
- Solo si quiere denunciar, no se obliga.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “Me toco el caso de una chica que ya había sido atendida en otro lado. Cuando abrí su Historia Clínica me dijo “ya viste lo que me hicieron” Yo le expliqué que eso era provocado, que nadie iba a ver”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**
-
- “En el caso de niñas abusadas, por lo general ya vienen desde la defensoría con un proceso penal iniciado. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “En caso de detectar un abuso en menores, se da intervención a los organismos estatales correspondientes” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**



c. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

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

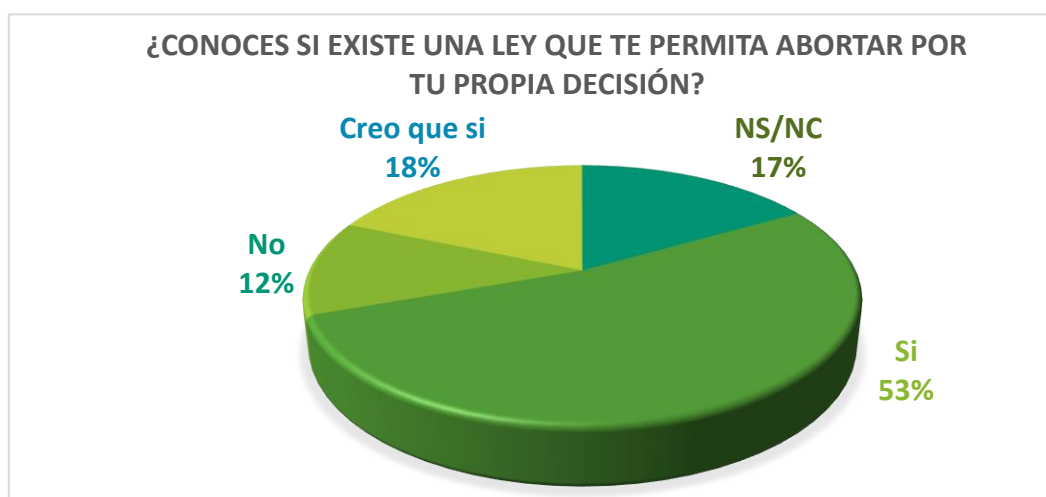
Desde el momento en que le paciente solicita la practica en cualquier servicio social la interrupción del embarazo el profesional que la atendió tiene un plazo de 10 días para brindarle la información y el acceso a la práctica.

Según el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022)⁹ indica *“El personal de la salud debe constatar la edad gestacional de manera inmediata por los medios más expeditos disponibles –fecha de última menstruación (FUM), examen bimanual o ecografía según disponibilidad–, de forma que se puedan garantizar oportunamente los derechos contemplados en la ley y el acceso a la práctica solicitada”*.

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

¿Qué saben las catamarqueñas sobre IVE?

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



⁹ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022). Ministerio de Salud Pública.

El 30% que desconoce la existencia de la ley o no está segura de la existencia de la Ley de IVE, comprende a personas que respondieron abiertamente no saber, que decidieron no contestar, que se manifestaron inseguras sobre el tema o que directamente niegan la existencia de la normativa.

Es necesario destacar que la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo se encuentra vigente desde principios del año de 2021, es decir, con solo 3 años de publicidad y de efectivo cumplimiento en todo el país.

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

Consideramos que esto implica reconocer la despenalización social que ha operado desde la lucha de los feminismos por el derecho a decidir, con matices en cada territorio, pero a lo largo y a lo ancho de todo el país, inclusive en Catamarca, que siendo una de las provincias más conservadoras del norte, hoy garantiza IVEs e ILEs sin mayores problemas salvo los geográficos, a diferencia de otras provincias, no existió una oposición manifiesta destinada a perseguir a efectores, como si sucedió en Salta.

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

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

Según el Informe anual “ImplementAR IVE/ILE”¹⁰, en Catamarca hay un total de 18 efectores, quienes se encargan de garantizar IVE e ILE.

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

- Maternidad Provincial 25 de Mayo (Capital)
- CAPS Carlos Bravo (Capital)
- Hospital Villa Dolores (Valle Viejo)
- Hospital Regional de La Merced (La Merced)
- Hospital Luis Vargas (Santa María)

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

- Hospital de Fiambalá. (Fiambalá.)
- Hospital de Belén (Belén)

De acuerdo al informe “Implementar IVE/ILE”¹¹ en Catamarca en el año 2022 hasta septiembre se realizaron 914 interrupciones del embarazo. Festejamos estas 914 interrupciones y a los 18 efectores que garantizan sus DDSRR a las personas con capacidad de gestar de Catamarca. Es doblemente destacable el trabajo de dos medicas ginecólogas que son las únicas que realizan asistolias en toda la Provincia.

Teniendo en cuenta la cantidad de interrupciones de embarazos indicada por el Ministerio de Salud local es en promedio de 101 por mes, podríamos afirmar que en Catamarca tres niñas, adolescentes o personas con capacidad biológica de gestar ejercieron su derecho a decidir y encuentra una respuesta institucional y estatal.

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

Una usuaria de **la Maternidad Provincial** refirió: *“yo soy de Los Altos y me estoy quedando en la casa de una amiga, hasta que me den las pastillas y pueda interrumpir. Yo llame para pedir turno cuando estaba de 5 semanas, ahora estoy de 10”*

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

¹⁰ Informe Ob. Cit. Pág. 35

¹¹ Ob. Cit. Pág. 35.

- “El 0800 de nación no es efectivo, nosotros les indicamos a las mujeres que llamen directamente a la línea de la maternidad”. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “No hay suficiente personal. Solo soy yo quien garantiza a toda esta zona”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Villa Dolores).**
- Aquí funciona bien, el taller es efectivo, pero en el interior no tienen consejerías ni nada. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “Ahora siento que hay menos redes, antes estaban las socorristas que tejían redes, contactos”. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**

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

- “Yo estoy sola en este servicio” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**
- “Somos 2 ginecólogas, varias obstetras y el equipo de salud mental” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “Aquí sé que mis 2 compañeras dan la consejería y derivan, yo no estoy de acuerdo, no participo”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú).**

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

- “Y, le dicen que vuelva cuando este. No hay nadie más que garantice.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**
- “Acá por lo general siempre hay alguien que pueda hacer la asesoría y dar turno para el taller. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “Se trata de dar respuesta, siempre hay alguien del equipo de taller” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “Les indican que vuelvan después, pero yo siempre estoy” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Santa María).**



e. Aborto e información sanitaria.

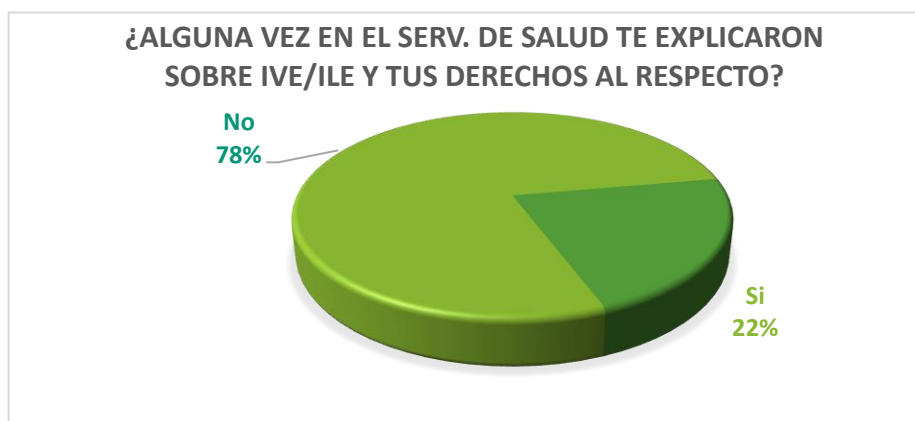
8 de cada 10 mujeres encuestadas nunca vio información gráfica sobre IVE o ILE.

Lo cual también condice con lo advertido a partir de las observaciones participantes y no participantes. **La información gráfica es escasa, se encuentra en lugares muy específicos de los servicios y gran parte del personal no tiene la información necesaria sobre IVE/ILE para informar a las usuarias.**

De las **Observaciones Participantes** se destaca: “Al consultar por un aborto en la recepción me indicaron que tenía que venir cuando este la obstetra, por la mañana. No me dieron más información” (**CAPS Carlos Bravo**). “Solo observamos dos carteles que referían a IVE e ILE, donde señalaba el número interno para turnos de taller” (**Maternidad Provincial**). “Al ingresar al Hospital nos dirigimos a Administración donde consultamos por un turno para IVE, el personal administrativo se manifestó incómodo y nos indicó esperar a que se desocupara la Lic. Obstetra. La espera no fue superior a la media hora, sin embargo es destacable el ambiente de incomodidad ante la consulta en administración. Pudimos ver cartelera sobre anticonceptivos en la sala de espera, pero nada respecto de IVE o ILE” (**Hospital Villa Dolores**).



En la misma línea, **8 de cada 10** de las encuestadas manifiesta no haber recibido ningún tipo de información en un servicio de salud sobre interrupción voluntaria (IVE) o legal del embarazo (ILE).



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

- “Al principio, durante la pandemia, tuvimos un problema con un administrativo de farmacia, que creía que podría objetar conciencia y no dar la medicación. Se negaba a entregar el misoprostol. Tuvo que venir el director a explicarle porque él no podía ser objetor de conciencia” **(integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial)**
- “Ahora tenemos un número de teléfono directo, nos comunicamos con las chicas de la maternidad” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores)**
- “Más al interior ni siquiera hay quien derive o informe sobre el acceso a la interrupción, no sé si son objetores o ellos tampoco saben, pero no quieren hacerlo”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**
- “Parecería ser que a mis colegas su religión no les permite hacer, no les permite ni siquiera dar información, y no saben que a eso no se pueden negar” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**
- “Yo no hago la práctica, porque no me parece, pero si doy información cuando me piden y mando con mis compañeras que su hacen.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú).**

Se destaca una **observación participante** que da cuenta del recorrido para obtener información sobre IVE e ILE: “Consultamos por una IVE y rápidamente nos dijeron que esperaríamos a la obstetra, que estaba atendiendo. La espera fue de media hora hasta que nos atendió. Consideramos que el acceso a una consejería de IVE está garantizado con calidad de atención” **(Hospital Villa Dolores)** “Tocamos la puerta del consultorio de salud sexual y allí nos indicaron que podíamos volver el miércoles al taller de IVE, que lo daba una psicóloga y una obstetra. La atención fue adecuada, pero no se consultó de donde venía, en caso de ser del interior y no poder aguardar hasta el miércoles” **(Maternidad Provincial)**

A pesar de la falta de recurso humano, consideramos que las redes que se han conformado hacia dentro de los Sistemas de Salud Pública funcionan con agilidad, gracias a la cooperación entre el personal de salud de los servicios que realizan la práctica.

f. Circuitos sanitarios de la ILE y la IVE

La calidad de atención debe regir en cuanto a los estándares establecidos por la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529 y por la Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del 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?**

- “Me ha pasado de ver de muchas semanas, porque son del interior y llegan ya con un embarazo avanzado” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “Por lo general llegan a las primeras semanas, 6/7 semanas, ya cuando es segundo trimestre van a la Maternidad **(Integrante del equipo de salud de Hospital Villa Dolores).**
- “Llegan de pocas semanas, apenas se enteran del embarazo” **(Integrante del equipo de salud del CAPS El Mástil).**

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

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

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

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

Para toda la provincia, solo dos médicas asisten embarazos de segundo trimestre, llegando a hacer guardias extensas.

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

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

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

- “No, nunca me ha tocado el caso de ser necesario.” **(Integrante del equipo de salud de Hospital Villa Dolores).**
- “En caso de detectar casos de abuso en niñas, nos comunicamos con la Defensoría y se da intervención a los órganos estatales competentes **(Integrante del equipo de la Maternidad Provincial).**
- “En particular, cuando trabajaba en la Ciudad me toco el caso de una chica que me vio mirar su historia clínica y me dijo ‘ya sabes lo que me hicieron’ con molestia. Yo le explique que el registro era solo para que podamos hacer la ILE y que nadie más lo iba a ver, que yo podía verlo porque tengo la clave del sistema de HC digital, era muy útil ese sistema, acá trabajamos solo con papel” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**

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

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

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

- “No, es lo que hay, lo que provee el Ministerio. Hay Misoprostol y Combypack”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**
- “No, no pueden”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú).**
- “Pueden elegir a veces quedarse internadas, pero sigue siendo con medicación a menos que sea necesario otro método. A veces es mejor que queden internadas porque no tienen un lugar donde estar tranquilas mientras hace efecto la medicación” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “No, es farmacológico por lo general, a menos que sea necesario otro método como la asistolia cuando son embarazos avanzados como en casos de ILE”. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**

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

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

Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles. El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita.”



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

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

Estos números no son nada alentadores puesto que en su mayoría **aquél 50% de usuarias que dijeron no saber o conocer un marco normativo que proteja sus consultas, no podía identificar ninguna ley sobre calidad de atención en la consulta médica**, por lo que podemos equiparar esta respuesta al “no”. Este dato evidencia la falta de difusión de la Ley N° 26.529 de los “Derechos del Paciente” que garantiza a todas las usuarias: asistencia sanitaria, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía e información sanitaria y en cierta forma pone al descubierto que la difusión de la legislación de IVE tampoco es eficaz en todo el territorio.

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

Los estándares de calidad no son nada nuevo, ni aparecieron con la sanción de la Ley de IVE, sino que ya el Art. 2 inc. e) del Decreto N° 1089/12 establece que la usuaria del servicio público que pide una ILE “es soberana para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona, para lo cual tiene derecho a tener la información necesaria y suficiente para la toma de su decisión, a entenderla claramente e incluso a negarse a participar en la enseñanza e investigación científica en el arte de curar. En uno u otro caso, puede revocar y dejar sin efecto su manifestación de voluntad. En todos los casos, deberá registrarse en la historia clínica la decisión del paciente y también su eventual revocación”. Avanzando en estándares de calidad de atención el art. 5¹² de la Ley 27.610 establece que el personal debe garantizar un **trato digno (inc. a), privacidad (inc. b), confidencialidad (inc. c), el respeto de la autonomía de la voluntad de sus pacientes (inc. d), el acceso a la información (inc. e) y la calidad de atención en la consulta (inc. f).**

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



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

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

Entre los comentarios de las usuarias destacamos los siguientes: “No iría al hospital porque se va a enterar todo el mundo.” (**Usuaría de 33 años**)” No iría. me trataron mal cuando tuve a mi hija” (**Usuaría de 25 años**).” Tengo obra social, iría a clínica privada a que me vean porque es mejor” (**Usuaría de 23 años**).

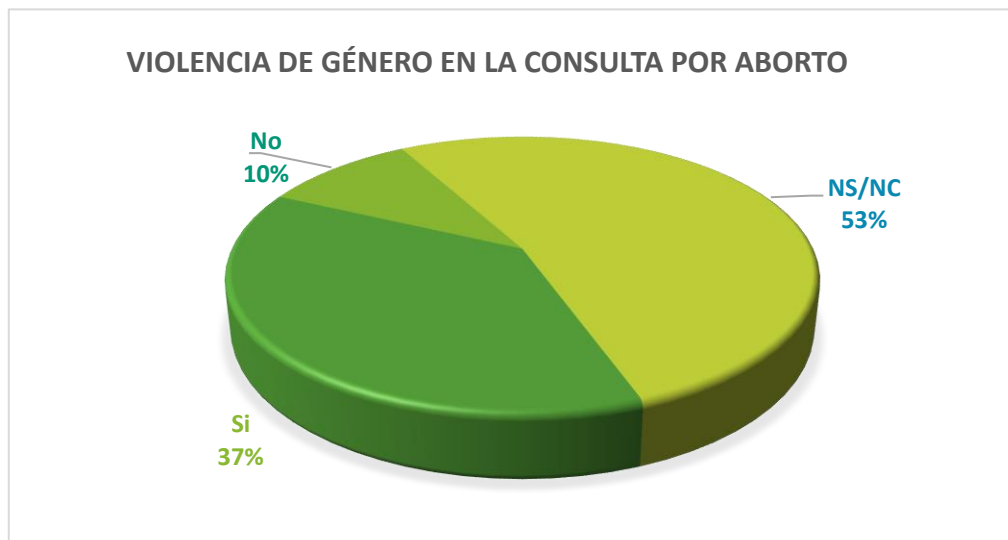
La **Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres** establece una modalidad específica de violencia para estos casos: La violencia contra la libertad reproductiva, que de acuerdo al **art.**

¹² Art. 5 de Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

6 inc. d de la mencionada Ley, esta es” aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”¹³

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

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



La mayoría de las usuarias encuestadas considera que si una persona gestante acude a un Servicio de Salud en situación post aborto debe ser atendida de manera integral y sin violencias. Se destacan los siguientes comentarios: “Tienen que darle atención psicológica.” (**Usuaría de 20 años**), “Tienen que ayudarla para que no esté más grave” (**Usuaría de 33 años**), “Deben atenderla sin preguntarle nada” (**Usuaría de 27 años**), “No deberían atenderla.” (**Usuaría de 26 años**).

La **Corte Suprema de Justicia de la Nación** en el fallo F.A.L¹⁴ 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).

¹³ Art. 6 inc. d. Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres.

¹⁴ “F.A.L. S/ Medida autosatisfativa” Corte Suprema de Justicia de la Nación. 2012. Fallos: 310:819

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

- “Siempre se vieron casos de mujeres que llegaban a la guardia con un aborto iniciado, a veces espontaneo, que recibían maltrato del personal” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores)**
- “Tanto en casos de aborto como durante el parto, estaba muy naturalizada la violencia obstétrica” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial)**



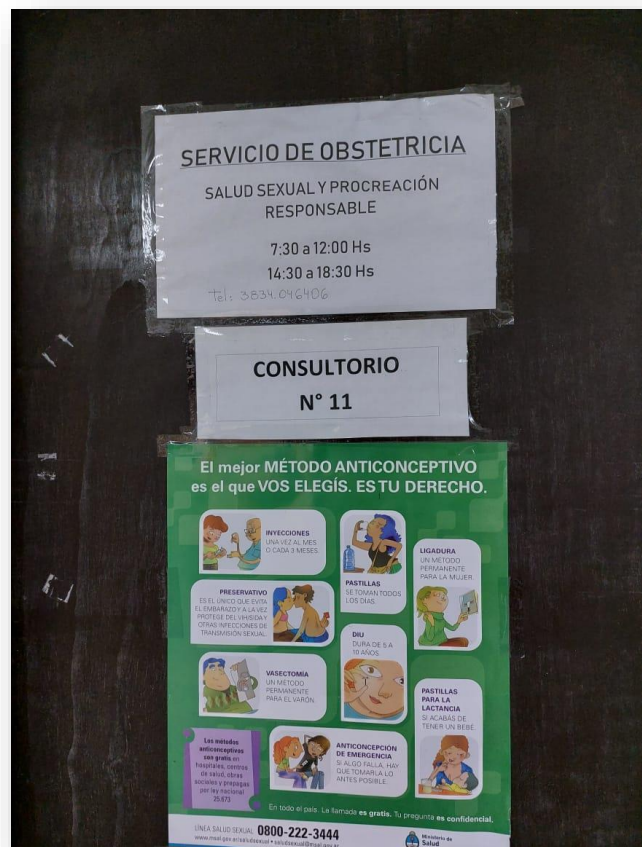
Y respecto de la atención de ILE, las usuarias opinan que debe brindarse un trato respetuoso, aunque se destacan los siguientes comentarios de usuarias que no acuerdan con el derecho a decidir: en cuanto a aquellas personas que deciden interrumpir voluntariamente el embarazo, se destacan los siguientes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

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

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

- A. Trato digno:** respetar las condiciones personales y morales de la paciente, erradicando prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con capacidad biológica de gestar.

- B. Privacidad:** todo lo que ocurre en la consulta con el profesional de la salud es privado. Ningún integrante del equipo de salud puede brindar datos, ni mucho menos la Historia Clínica de le paciente. Al asegurar la privacidad respeta la intimidad, dignidad humana, autonomía de la voluntad, y, sobre todo la confidencialidad.
- C. Confidencialidad:** el personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Además, debe informar en la consulta que la confidencialidad está garantizada y esta alcanzada por el secreto médico. Todo el equipo de profesionales que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o tenga acceso a ella, debe respetar la confidencialidad.
- D. Autonomía de la voluntad:** deben respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus Derechos Reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de le paciente no deben ser sometidas a juicios de valor concernientes a consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud.
- E. Acceso a la información:** deben mantener escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. Le paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud, este derecho incluye el de NO recibir información inadecuada en relación a la que solicita le paciente. Además, se debe informar sobre los distintos métodos para interrumpir el embarazo, sus alcances y sus consecuencias. Esta información debe ser actualizada, comprensible, veraz, brindada en lenguaje y con formatos accesibles. Tanto el personal de la salud como las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre toso los derechos comprendidos en la Ley de IVE.



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

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

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

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

- “Conozco la Ley, nos capacitaron, pero nada más.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de fray Mamerto Esquiú).**
- “Me dieron para que lea la Ley y el protocolo, pero todavía no lo hice, tengo mucho trabajo” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “No, no conozco” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de La Merced).**
- “No conozco” **(Integrante del equipo de salud de Maternidad Provincial).**
- “Aprendí de charlas, no de la facultad” **(Integrante del equipo de salud Hospital Villa Dolores).**
- “Sé que ahora se puede hasta la semana 14, que es por voluntad, no hay que justificar nada, y que pueden acceder en la Ciudad.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de La Merced).**
- “Conozco el fallo FAL, la Ley y el protocolo. Pero no por la facultad. Por la militancia”. **(Integrante del equipo de salud del CAPS El Mástil).**

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

- “Se cumple la ley, con dificultades por la falta de personal, pero se cumple” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial)**
- “Se cumple, pero porque no te traban nada, yo solicito la medicación y la retiro” **(integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**
- “Es distinto en cada lugar, aquí yo garantizo de acuerdo a la Ley, si es algo que sobrepasa mis facultades lo derivo a la Maternidad **(Integrante del equipo de salud del CAPS El Mástil).**
- “No sé si se aplica” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de La Merced).**
- “Si se aplica, pero no se mucho” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú).**

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?**

- “Falta mucha capacitación a los compañeros” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial**).
- “Falta más personal” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial**).
- “Falta más cooperación, más trabajo en red” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Villa Dolores**).
- “Que el Ministerio baje una línea clara sobre la IVE e ILE” (**Integrante del equipo de la Maternidad Provincial**).
- “Capacitar a las obstetras que quieren hacer IVEs e ILEs en el interior.” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial**).
- “Falta difusión de la ley, muchas personas llegan sin saber que tienen derecho a interrumpir un embarazo.” (**Integrante del equipo de salud de CAPS El Mástil**).

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 currículum de grado a la hora de la formación de grado? ¿En qué materias?”** indicaron:

- “No. Jamás vimos en la currícula aborto como un derecho, solo se ve como un problema” (**Prof. de la Enfermería**).
- “Yo estudié en Venezuela y no me prepararon para realizar abortos, pero si aprendí al respecto haciendo guardias” (**Prof. de la Medicina**).
- “No desde la Universidad. Desde el Ministerio de Salud hay capacitaciones virtuales o presenciales, pero la mayoría de las capacitaciones que tenemos es por cuenta propia, ¿por esto de ser activista en Derechos, me gusta mucho poder asesorar” (**Personal Administrativo**).
- “En APS lo vemos solo patológicamente, no como algo que se pueda elegir” (**Agente sanitario**).
- “A mí me capacitaron para que sea un poco psicóloga, un poco trabajadora social, para poder brindarle todo completito a la paciente” (**Lic. en obstetricia**).
- “No la Universidad no te prepara para abordar esos temas.” (**Prof. de la Medicina**).
- “Lamentablemente nosotras nunca hemos tenido formación. A nosotras por ahí en Guardia hemos consultado porque nos llamaba la atención preguntando si forma parte de la currícula o formación. Y básicamente nos dijeron que los médicos que la dan están en contra de ley, los conceptos que traen no tienen definido ni lo que es IVE/ILE, ni lo más básico tienen definido. No saben ni lo de que habla la ley. Hay cosas legales que debes ser formado, más que nada como efector público que debes saber porque después hay cuestiones legales por las que te pueden juzgar.” (**Prof. de la Medicina**).
- “Hemos tenido la oportunidad de hablar en contexto de Guardia, y por ahí te cuentan que les tocó rotar por acá y les consultamos si la interrupción lo ven en gineco, obstetricia, etc., y una sola lo vio en medicina legal que a pesar de que su profesora era objetora, les dijo esta la ley fin. Eso en la carrera de la cursada. En el área de las prácticas, que medicina tiene los años de práctica tampoco se aborda ni académicamente ni en consultorio. Y en residencia ni hablar, tampoco está estipulado hablar de cómo sería una consejería ni nada. O sea, no está estipulado ni

en pregrado, ni grado ni posgrado. Tenemos rotantes de la Facultad de la UNT, de la UNSA, viene gente de otras provincias a rotar y tenemos la residencia de ginecología y obstetricia y en ningún año desde primero a cuarto forma parte de la currícula la formación de interrupción. Por lo menos que tengan la información y que después decidan ser objetores o no.” **(Prof. de la Medicina).**

- “En la Facultad no me enseñaron, yo aprendí por la militancia. Me acuerdo de que grupos feministas organizaban charlas para hablar de aborto, a veces participaban profesionales de la salud y ellas explicaban como se administraba el misoprostol, después en mi residencia si tuve algo más de capacitación, pero no suficiente. Acá yo soy la única que sabe hacer interrupciones de más de 14 semanas, y comparto mi conocimiento con mis compañeros, que tampoco recibieron preparación al respecto en la Facultad” **(Prof. de la Medicina).**
- “No nunca, en la Facultad nunca. Vi aborto recién en las prácticas y aparte en las guardias que hago en la parte privada” **(Lic. en obstetricia)**
- “En Salud Mental lo vimos, en Salud Pública lo vimos, pero mínimo al pasar sobre el tema. (...) nosotros no tenemos un módulo específico de ética médica, donde se tratarían estos temas. Lo vemos en una o dos clases al año en 4to. año y de ahí no lo volvé a ver más, abarcan esto y otras cosas más que también son importantes. No hay una formación ética sobre el tema dentro de la carrera” **(Prof. de la Medicina).**
- “Para nada. No sé ahora hay, pero cuando iba no se abordaba. Era puramente académico, no había una visión integral.” **(Prof. de la Medicina).**
- “No, nada” **(Prof. del Trabajo Social).**
- “No” **(Personal Administrativo)**
- “No” **(Personal Administrativo)**

FALTA DE CAPACITACIONES A EFECTORES DE SALUD PÚBLICA

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

- “Si, acá tenemos capacitaciones todo el tiempo” **(integrante del equipo de Salud del Hospital de La Merced).**
- “El equipo de la Maternidad dio capacitaciones sobre IVE e ILE” **(integrante del equipo de Salud del Hospital de Villa Dolores).**
- “El Ministerio provincial no nos dio ninguna capacitación, yo me capacite en Buenos Aires” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**

Nos preocupa ver la ausencia del Estado a la hora de ofrecer capacitaciones al personal de salud y como a causa de esta falta, muchos profesionales que desean aprender a garantizar IVEs e ILEs no pueden hacerlo, y continúa siendo muy reducido el personal de salud efector.

Pero, además, son espacios que, bajo la apariencia de discursos de ciencia, usan la Academia para confundir los sentidos del derecho a decidir, trastocar la implementación de

la Ley 27610 y promover una formación de grado o posgrado con un perfil de egresados abiertamente ignorantes de los marcos normativos vigentes, frecuentemente cómodos con el uso descontrolado de la objeción de conciencia y reactivos al respeto de la autonomía.

BUENAS PRACTICAS A LA HORA DE GARANTIZAR ABORTOS:

Podemos resaltar como una buena práctica, además de novedosa, el diseño de un “Taller de IVE” a modo de consejería comunitaria, diseñado por el equipo de salud de la Maternidad Provincial, que trata de un taller interdisciplinario en el cual, en palabras de una integrante del equipo de salud fue creado no solo para atender a la alta demanda, sino también por los resultados beneficiosos de este.

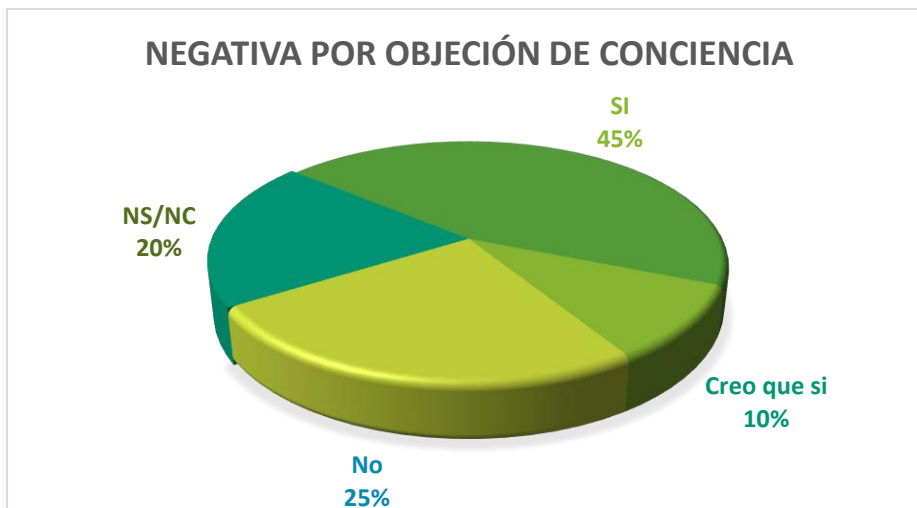
“Construimos el taller no solo por la demanda, sino por los efectos que generaban, de escucha activa, de empoderamiento. Cuando llegaban las mujeres estaban nerviosas, como que se querían ir, estaban atemorizadas de ser juzgadas. La clandestinidad nos marcó, nos atravesó, salir de la clandestinidad no es un consto fácil. El hecho de estar con otras en la misma situación las convoca. Desde ese lugar, la culpa, el prejuicio puede disminuir en varios niveles. Acá una cultura atravesada por la religión, por la Virgen del valle, genera culpa. La idea es deconstruir el estigma en las mujeres”. **(Integrante del equipo de Salud de la Maternidad Provincial).**

Así es como este espacio desafía el modelo médico hegemónico de atención a pacientes, trayendo la posibilidad a las mujeres de desestigmatizar el derecho a decidir y no sentir vergüenza por ser soberanas sobre su propio cuerpo y salud sexual.

Salir de la clandestinidad no es fácil ni inmediato. Aunque la penalización del aborto ya no exista, es necesaria también una despenalización social del derecho a decidir.

h. Objeción de conciencia y aborto

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



Se destacan las siguientes respuestas de las usuarias encuestadas: “Es su trabajo, no se puede negar.” (Usuaría de 27 años), “Está bien que sea objetor porque salva vidas” (Usuaría de 32 años), “Si puede negarse por su religión” (Usuaría de 21 años), “Si porque mata un bebé”. (Usuaría de 32 años), “Lo usan para tratarte mal, no deberían poder.” (Usuaría de 31 años) “Porque está en su decisión si quiere o no hacerlo.” (Usuaría de 35 años), “La iglesia o sus creencias puede influir” (Usuaría de 28 años), “Pueden ser católicos.” (Usuaría de 42 años), “Se puede sentir mal haciendo abortos” (Usuaría de 50 años), “Ellos salvan vidas, no matan” (Usuaría de 18 años), “Entiendo que no pueden negarse porque ahora es legal” (Usuaría de 24 años).

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

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

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

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

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

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

Párrafo aparte, es destacable la labor de los integrantes de los equipos de salud de los centros que visitamos, donde encontramos profesionales dispuestos a sostener la política pública haciendo horas extras para compensar los obstáculos que existen en el acceso a la salud de Catamarca, logrando así garantizar IVE e ILE. Les agradecemos por tal labor, y por la buena predisposición a la hora de dar las entrevistas que hicieron posible este insumo.

En una Observación Participante en el **Hospital Fray Mamerto Esquiú** no sólo no encontramos turnos disponibles para ILE o IVE, sino que tampoco había folletería sobre anticoncepción ni cartelería.

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

“Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.”

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

- “No se toma ninguna medida, no me entere ninguna nunca” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial**).
- “Nunca llego a haber una sanción”. (**integrante del equipo de Salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú**).

- “Se involucra mucho a la paciente, y ellas piden que sea más confidencial, pero no sé, así trabajan. No hubo sanciones”.
- “No sabría decir.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de La Merced).**
- “No se toma ningún tipo de medida” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de La Merced).**
- “Una única vez, al principio de la implementación de la ley, el director bajo línea y aclaro quien podía ser objetor y quien no” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**

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

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

- “Si, yo trabajé 18 años en la Ciudad y nunca tuve problemas a pesar se que desde que se implementó la ley empecé a hacer. Acá estoy hace 3 meses. Cuando yo legue acá nadie hacia, por eso me traen. Ahora estoy sola, nadie me colabora. Soy la “abortera” de acá. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Villa Dolores).**
- “Ahora ya no, pero al principio si. En la pandemia cuando hubo paro por la situación laboral, no querían atender IVEs y nos discutían que si no se hacían laboratorios para las embarazadas no se podían hacer IVEs tampoco”. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial).**
- “No sentí estigma, nunca hubo estigma”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú).**

Se destaca en observaciones participantes: “En toda la Maternidad pueden observarse imágenes religiosas, altares y capillas afuera del servicio” **(Maternidad Provincial)** “hay símbolos religiosos en la entrada y dentro del hospital” **(Hospital de Santa María).** “En la sala de espera solo hay carteles con símbolos religiosos y santos, no hay carteles sobre salud en lo absoluto”. **(Hospital Fray Mamerto Esquiú).**

i. Violencia institucional en la atención de aborto

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

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

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

4 de cada 10 mujeres encuestadas manifiestan conocer que pueden ser víctimas de violencia de género o violencia institucional cuando el personal de la salud les deniega una ILE; y 2 de cada 10 respondió que sabe o cree que existen sanciones para quienes niegan un aborto permitido por la ley.

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



De **entrevistas a profesionales, recogemos este comentario:** “No supimos de ninguna denuncia formal, si reclamamos o quejas, pero nunca nada formal” **(integrante del equipo de Salud de la Maternidad Provincial).**

En un caso específico, una integrante del equipo de monitores mantuvo una extensa charla con una usuaria que le contó que “Fanny contó que, en una ocasión, cuando el segundo hijo tenía 8 meses, recurrió al Hospital San Juan Bautista porque tenía hemorragia vaginal y su médico la acusó de haberse provocado un aborto. Ella le repitió varias veces que no, y que no podía ser porque su bebé tenía 8 meses. El médico la lastimó al revisarla, tomó muestras de su cuello uterino y la lastimó. Fanny fue y es en la actualidad, víctima de violencia de género de tipo física, psicológica, sexual y económica en el ámbito doméstico. 2 de sus 3 hijos fueron producto de abusos sexuales de su pareja, quien la golpeaba todo el tiempo. Provocó con los golpes la pérdida de otras gestaciones. Fanny se separó cuando sus hijos fueron grandes, pero ahora el volvió a la casa, pero ya no le pega”.

Es importante referir también que solo en 2 de los servicios observados había carteles sobre violencia de género y el número 144 para pedir ayuda. Es importante que el personal de Salud esté preparado para advertir casos de violencia de género. Al respecto, se destaca el siguiente comentario de una profesional “Yo tengo que hacer de psicóloga, de trabajadora social y de obstetra, porque sola doy las consejerías y es importante saber cómo vive la persona que viene, saber cómo llegó al Hospital, si su pareja la acompaña. Me ha tocado un caso donde la pareja no la dejaba salir, no la dejaba venir al Hospital” **(Integrante del equipo de Salud del Hospital Villa Dolores)**

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

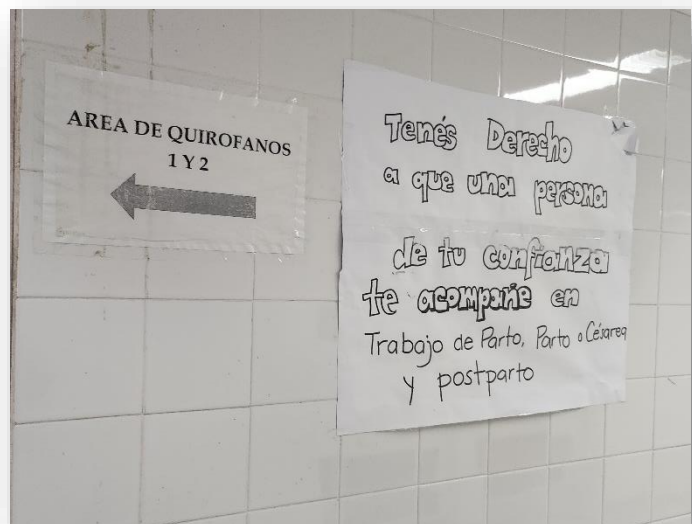
Frente a la pregunta **¿En el caso hipotético que decidieras interrumpir un embarazo que no planificaste y no podés llevar adelante, harías una consulta sobre aborto a un Servicio de salud o lo harías por tu cuenta?**

4 de cada 10 mujeres harían la consulta para interrumpir un embarazo no deseado en un Servicio de Salud, pero **3 de ellas “lo haría por cuenta propia”** y 2 no harían la consulta. EL porcentaje de mujeres que no haría la consulta refirió que **“Nunca le haría eso a su hijo” (usuaria de 36 años)** **“Nunca haría algo así” (usuaria de 29 años)**

Entre las razones señaladas por las **usuarias** por las cuales no acudirían a un servicio de salud pública se destacan: **“Porque nunca hay médicos” (Usuaría de 24 años)**, **“No, porque se va a enterar todo el mundo” (Usuaría de 22 años)** **“Lo haría en el sector privado, es más seguro” (Usuaría de 35 años)**, **“Nunca hay turnos, no esperaría” (Usuaría de 36 años)**, **“Me informaría y después pagaría para que lo hagan rápido” (Usuaría de 31 años).**

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

Si bien la mayoría de las mujeres encuestadas negó haber realizado una consulta sobre aborto alguna vez, aquellas que si lo hicieron refieren con frecuencia haber consultado por internet. Muchas por medio de amigas o conocidas se enteraron del número de turnos para IVE de la Maternidad Provincial. Algunas directamente se acercaron a un servicio de salud.



Frente a la pregunta de **¿Según tu opinión, cuando una mujer consulta en un servicio de salud**

porque no quiere continuar con un embarazo no deseado, ¿qué puede pasarle? resaltan los siguientes comentarios: **“Depende en que hospital la atienden y que tan grave sea la situación. con grave me refiero al desarrollo del feto” (Usuaría de 22 años)**, **“Le van a preguntar por qué. Ello ya vino con la decisión de interrumpir el embarazo no deberían cuestionarla.” (Usuaría de 33 años)**, **“Una vez e atendieron en le San Juan Bautista, yo tenía hemorragias, y me acusaron de haber abortado. Me trataron muy mal y me lastimaron cuando me revisaron” (Usuaría de 46 años)**, **“Puede pasar que no la quieran atender, pero deberían” (Usuaría de 19 años)**, **“Pueden juzgarla” (Usuaría de 25 años)**, **“Y acá en Santa María todos se enteran y pueden tratarte mal” (Usuaría de 20 años)**, **“Podrían decirle que ahí no hacen eso” (Usuaría de 55 años)**, **“Y se puede enterar la familia” (Usuaría de 18 años)**, **“Depende si es menor o mayor de edad, pero pueden juzgarla.” (Usuaría de 33 años)**, **“Pueden ayudarle a abortarlo” (Usuaría de 27 años)**, **“Lo deja a criterio de la decisión de la mujer” (Usuaría de 28 años)**, **“Pueden hacerles muchas preguntas de porque lo hace” (Usuaría de 24 años).**

Frente a la pregunta **¿Que métodos conoce para provocarse un aborto?** La mayoría identifico métodos inseguros, resaltando entre estos los siguientes comentarios: “se meten agujas de tejer”; “Se meten perejil.”; “Inyectables.”; “Se aspirina por la vagina.”; “Raspaje.”; “Usan sondas.”; “Usan plantas.”; “Se golpean.”

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

ATENCIÓN POST ABORTO

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

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

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

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



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

- “No vuelven a las consultas post aborto” (**integrante del equipo de Salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú**).
- “Muchas no vuelven a la consulta post aborto, y cuando vuelven ya no van al taller, pero el equipo de salud sexual las controla y les da un método anticonceptivo” (**integrante del equipo de Salud de la Maternidad Provincial**).
- “Intento que vuelvan todas, pero lamentablemente un 60% no vuelven” (**integrante del equipo de Salud del Hospital Villa Dolores**).

La no concurrencia a la consulta post aborto posiblemente sea provocada por los obstáculos que ya mencionamos antes. Muchas usuarias viajan kilómetros para acceder a la interrupción, dejando sus hogares y las personas de las cuales son cuidadoras exclusivas. Viajar dos veces para muchas es imposible.

Al respecto, resaltamos el comentario de una usuaria del **Hospital Villa Dolores** “Yo me hice una interrupción y me hicieron quedar internada, porque no tenía para quedarme en capital. Además, estaba con mi nena que tiene 2 años” (**usuaria de 32 años oriunda de Los Altos**)

En consonancia una profesional nos comentó “En casos donde la mujer no tiene un lugar donde estar, un baño adecuado o tiene mucha gente en la casa, preferimos la internación, aunque sea un método ambulatorio” (**integrante del personal de salud de la Maternidad Provincial**)

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

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

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

- “Fue bueno el cambio, pero estoy desilusionada. Estamos quemadas, siento que, con todo este movimiento feminista, con la lucha que hubo, que fue buena, pero ahora siento mayor exigencia y menor cuidado. Desde el movimiento recibimos críticas muy destructivas, cuando no se ve el detrás de quienes garantizamos” (**Integrante del equipo de Salud de la Maternidad Provincial**).
- “Para mí el cambio fue negativo, por una parte, porque se desarticularon las redes que había. Ahora es como que es solo nuestro trabajo, no se colabora” (**Integrante del equipo de Salud de la Maternidad Provincial**).

- *“Yo estude en Venezuela, e hice mis practicas allá. Yo vine cuando ya había ley. La diferencia entre Venezuela donde todavía es ilegal y acá es que en las guardias allá se ven mujeres que abortan con métodos peligrosos, se meten cosas, se lastiman. Acá no vi ninguna mujer entrar así a una guardia. Saben que pueden pedir una IVE”* **(Integrante del equipo de Salud del Hospital de Los Altos).**
- *“Cambio la aceptación. Ahora saben que se tiene que hacer y no dicen nada”* **(Integrante del equipo de Salud del Hospital Villa Dolores).**
- *“Si, hay mucha repitencia de abortos. Yo veo que lo hacen como si nada, como si fuera un método anticonceptivo”* **(Hospital de Fray Mamerto Esquiú)**

8. ¿QUÉ PASÓ EN EL SECTOR PRIVADO DESPUÉS DE LA SANCIÓN DE LEY 27.610?

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

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

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

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

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

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

innecesaria de los servicios públicos, traducido en el desgaste del poco personal de salud que garantiza.

De una **entrevista en profundidad** podemos destacar el siguiente comentario "*por una cuestión de confidencialidad, muchas veces eligen venir hasta la Ciudad directamente. Me tocó atender mujeres que, si tenían para pagar las pastillas o una Obra social, pero les daba vergüenza solicitar la prestación*" **(miembro del equipo de salud del C. S. 9 de Julio)**

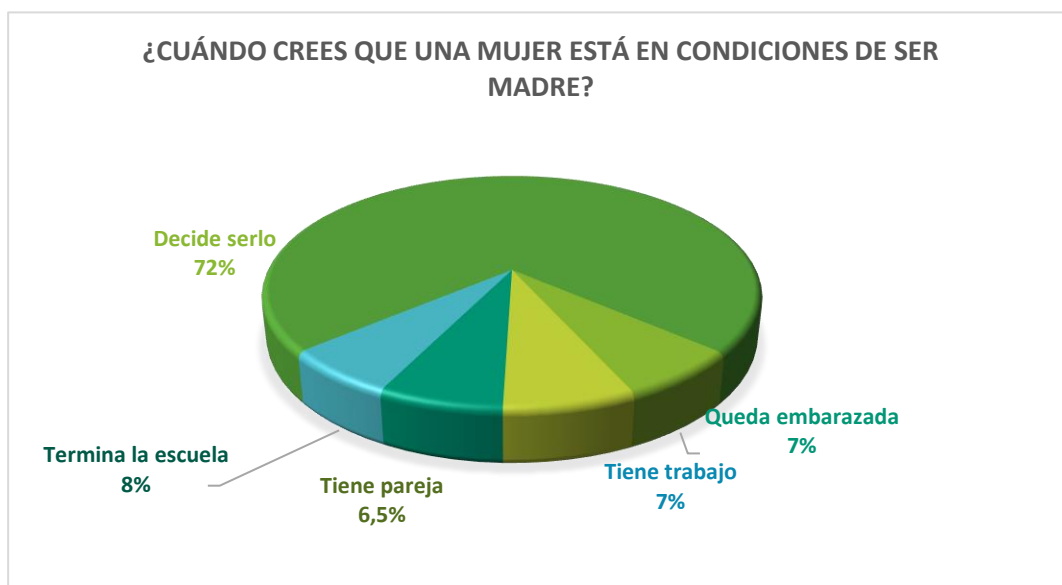
También destacamos el comentario de una usuaria "yo tengo obra social, pero soy afiliada de mi marido que trabaja en el petróleo. Cuando quiero comprar las inyecciones con la obra social siempre hay un problema, por eso me vengo aquí directamente" **(usuaria de la Maternidad Provincial)**

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

9. CONCLUSIONES FEMINISTAS SOBRE CIUDADANÍA SEXUAL.

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

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



7 de cada 10 de las encuestadas indica que una mujer está en condiciones de ser madre “cuándo decide serlo”. El 7.3% indica “cuando tiene trabajo” y un 6.5% opina que “cuando tiene pareja. El 8% indica “cuando termina la escuela”.

Las encuestadas que conforman ese 72% que acertadamente identifica “la decisión” de la mujer como base de la maternidad, **¿Con qué autonomía cuentan?** Si necesitan pagar precios altos en transporte para movilizarse hasta la Capital de la Provincia o hasta provincias vecinas como sucede en los casos de usuarias de Santa María para acceder a una ligadura tubaria, a una IVE o ILE o incluso para acceder a una consejería en salud sexual en algunos casos.

La autonomía -entendida como la posibilidad cierta que tiene cada persona de tomar decisiones libres y autogobernadas en relación con la propia vida no es del todo practicable sin contar con educación, información y atención sanitaria basada en el respeto de los

derechos y libre de toda violencia. Con los datos obtenidos dejamos abiertos los siguientes interrogantes:

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

10. RECOMENDACIONES

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

- **Promover** el acceso de personas con discapacidades sensoriales al acceso a la información sobre MACs y DDSSRR.



MxM
fundación


caleisdocópica
editorial feminista y diversa


FOS
FEMINISTA

ISBN 978-631-90037-3-4



9 786319 003734

