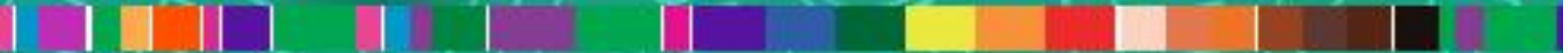




MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

📍 CHACO





MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

 **CHACO**



Deza, Soledad

Monitoreo feminista de anticoncepcion y aborto : Chaco / Soledad Deza ;
Contribuciones de Martina Palavecino Bó. - 1a ed. - San Miguel de Tucumán : Mujeres
X Mujeres, 2025.

64 p. ; 29 x 21 cm.

ISBN 978-631-91459-0-8

1. Aborto. 2. Administración en Salud Publica. 3. Anticoncepción. I. Palavecino Bó,
Martina , colab. II. Título.

CDD 363.46

INDICE

1.	¿QUIÉNES SOMOS?	5
2.	METODOLOGÍA	7
4.	EL DERECHO A DECIDIR EN EL CONTEXTO CHAQUEÑO	13
5.	LAS USUARIAS CHAQUEÑAS.....	17
6.	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC).....	21
a.	¿Qué saben las usuarias chaqueñas sobre MAC?.....	21
b.	Información sanitaria y elegibilidad de MAC.....	24
c.	Principales barreras u obstáculos para el acceso a mac.....	31
d.	Información gráfica sobre derechos sexuales y reproductivos.....	32
A.	Causal salud (ILE)	33
B.	Causal violación (ILE)	37
C.	¿Dónde se garantiza el aborto en Chaco?.....	40
d.	Aborto e información sanitaria	42
e.	Circuitos sanitarios de ILE e IVE.....	44
f.	¿Qué sabe el personal de salud sobre la consulta de aborto?.....	51
g.	Objetores de conciencia y aborto	53
h.	Violencia institucional en la atención de abortos	55
8.	¿QUÉ PASÓ EN EL SECTOR PRIVADO DESPUÉS DE LA SANCIÓN DE LEY 27.610?	59
9.	CIUDADANÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA	61
10.	RECOMENDACIONES.....	63

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.

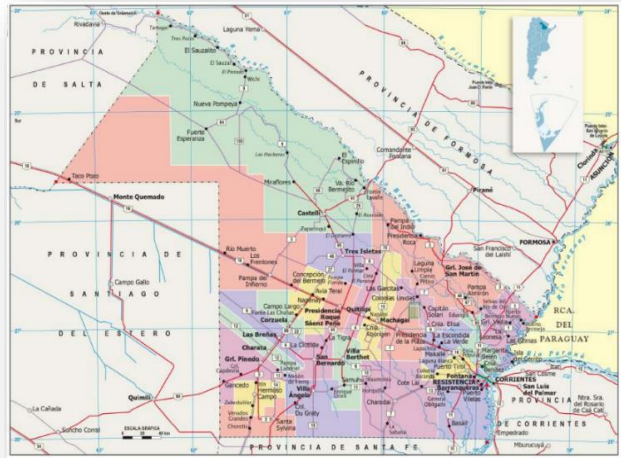
Llevamos adelante acciones de litigio, incidencia, investigación y elaboración de insumos para favorecer la alfabetización jurídica y el respeto por los derechos humanos de las mujeres y diversidades desde una perspectiva feminista, antirracista e interseccional.

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



2. METODOLOGÍA

Chaco es una provincia argentina ubicada en la Región del Norte Grande Argentino. Limita al norte con Formosa, al este con Corrientes, al sur con Santa Fe y al oeste con Santiago del Estero y Salta. Posee una superficie de 99.633 km² y cuenta con 1.129.606 habitantes según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, de los cuales 52,83% son mujeres, 47,05% varones y 0,12% personas se reconocen bajo la categoría "X". La densidad poblacional es de aproximadamente 11,3 hab/km².



En Chaco existen 17 pueblos indígenas reconocidos oficialmente: Qom (Toba), Wichí, Moqoit (Mocoví), Vilela, Guaraní, Mbya Guaraní, Ava Guaraní, Pilagá, Diaguita, Tonokoté, Kolla, Mapuche, Charrúa, Quechua, Lule, Chulupí y Chané. Los pueblos originarios con mayor presencia son el Qom (Toba), seguido por los Wichí y los Moqoit. De acuerdo con el Censo 2022, el 4,8% de la población total se reconoce como indígena, ya sea por pertenencia o por ascendencia.

En cuanto a la distribución geográfica, el 70,5% de la población vive en zonas urbanas y el 29,5% en zonas rurales, con un total de 342,943 viviendas registradas en la provincia.

¿Por qué un monitoreo social feminista?

Un monitoreo social 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.

Un monitoreo social es además feminista cuando está situado en un contexto determinado y toma en cuenta ese contexto para incorporar un enfoque de género e interseccionalidad en todo el proceso: elaboración de las herramientas para monitorear, en la recolección de datos y en la lectura de éstos que son los que se expresan en este insumo. A modo de ejemplo, 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 con las usuarias en la que se le informa cuáles son sus derechos y se les entrega material elaborado a esos fines para fortalecer la ciudadanía sexual. Esta acción de fortalecimiento de ciudadanía sexual señalada como buena praxis de ética feminista por nuestra médica ginecóloga Adriana Álvarez, a la vez que incrementa la autonomía de las

mujeres encuestadas, incentiva una mirada crítica sobre la noción de soberanía reproductiva para las propias jóvenes monitoras.

Objetivo principal:

El monitoreo feminista que llevó adelante FUNDACION MXM tuvo como finalidad obtener un panorama general de las condiciones de acceso a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva en la provincia de Chaco.

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 feminista se llevó a cabo a través de la implementación de distintas técnicas de relevamiento: encuestas a usuarias, entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y observaciones participantes y no participantes en Servicios Públicos de la Provincia.

Se llevaron a cabo **133 encuestas a usuarias** del Servicio Público de Salud fuera de los servicios sanitarios, es decir, mientras ingresaban o salían de Hospitales Públicos de distintos Departamentos de la Provincia o de los Puestos y Centros de Salud.

Mediante **23 entrevistas en profundidad** -diseñadas para recabar la mayor cantidad de información como así también para indagar conocimientos y posturas acerca del tema- participaron de forma individual integrantes del equipo de salud siguiendo la noción conceptual que proviene de la bioética e incorpora la ley N° 26.485 para reflejar la idea de "equipo de salud en sentido amplio". Esto es quienes brindan servicios de salud y quienes trabajan en un Servicio de Salud.

Las **observaciones** se hicieron de manera **participante y no participante** según si la monitora tomó o no el lugar de usuaria para transitar algunos recorridos dentro del Sistema Sanitario de Salud Pública. Se escogieron para ello Instituciones de 1, 2 y 3 nivel de atención

en distintos puntos geográficos de la provincia: **Hospital Misión Nueva Pompeya (Impenetrable, Nueva Pompeya), CAPS Barrio Curishi (Castelli), Hospital “Arturo Illia” (Impenetrable, El Sauzalito), Hospital 4 de Junio “Dr. Ramón Carrillo” (Presidencia Roque Sáenz Peña), Centro de Salud 4 de Junio – Barrio Malvinas (Zona Metropolitana de Resistencia, Barranqueras), Servicio Integral Amigable para Adolescentes SiAPA (Presidencia Roque Sáenz Peña) y Hospital Pediátrico “Dr. Avelino Lorenzo Castelán” (Resistencia, Chaco).**

Referencias para la lectura del insumo:

- Hospital Misión Nueva Pompeya (Nueva Pompeya)
- CAPS Barrio Curishi (Curishi)
- Hospital Arturo Illia (El Sauzalito)
- Hospital 4 de Junio “Dr. Ramón Carrillo” (Hospital 4 de Junio)
- Centro de Salud 4 de Junio – Barrio Malvinas (CS Barrio Malvinas)
- Servicio Integral Amigable para Adolescentes (SiAPA)
- Servicio de Adolescencia del Hospital J.C. Perrando (Servicio de Adolescencia)
- Hospital Pediátrico “Dr. Avelino Lorenzo Castelán” (Hospital Pediátrico)

Equipo de trabajo

● Coordinación General:

Soledad Deza- Liliana Beatriz Ensisa

● Diseño y adecuación local de los instrumentos de monitoreo:

Soledad Deza (Abogada)

Adriana Alvarez (Médica tocoginecóloga)

● Equipo interdisciplinario en la recolección de datos:

Carolina Edith Gardiol

Blanca Avelina Soraire

Lourdes Polo Budzovsky

Lucila Aquino

Liliana Beatriz Ensisa

● Elaboración del Insumo:

Soledad Deza- Martina Palavecino- Florencia Sabaté

● Diseño de tapa:

Karime Kandalajt

3. RESUMEN EJECUTIVO

- 6 de cada 10 encuestadas no completaron la educación obligatoria.
- 6 de cada 10 encuestadas cursaron un embarazo no planificado.
- 9 de cada 10 encuestadas usaron alguna vez un MAC, pero el 40% no lo hizo antes de su primer embarazo.
- 5 de cada 10 encuestadas desconocen que su pareja puede hacerse una vasectomía.
- 6 de cada 10 encuestadas no conocen los requisitos para acceder a una ligadura tubaria.
- 9 de cada 10 encuestadas pudieron acceder a MACs sin negativas.
- 5 de cada 10 encuestadas saben que pueden sufrir violencia de género en la atención sanitaria.
- 5 de cada 10 encuestadas conocen la existencia de una ley que les permite abortar.
- 3 de cada 10 encuestadas no saben que pueden abortar en caso que el embarazo ponga en riesgo su vida o su salud.
- 4 de cada 10 encuestadas desconocen que si un feto tiene malformaciones incompatibles con la vida o malformaciones graves esa mujer puede abortar.
- 9 de cada 10 encuestadas nunca vieron información sobre aborto en las paredes de los servicios.
- 7 de cada 10 encuestadas no saben o no creen que puedan existir mujeres criminalizadas por abortos.
- 7 de cada 10 encuestadas reconocen que los profesionales pueden negarse a atender su consulta de aborto. **Todas** refieren que esto puede ser por motivos religiosos.
- 5 de cada 10 encuestadas conocen a alguien que abortó.
- 10 encuestadas abortaron. 9 encuestadas refieren haber recibido información por parte de un médico o enfermero. Un tercio de ellas se sintieron juzgadas por su decisión.

4. EL DERECHO A DECIDIR EN EL CONTEXTO CHAQUEÑO

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, *emental y social.”* El Protocolo de San Salvador (PSS) por su parte, contiene un reconocimiento de los I 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, 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 N° 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que se propone trabajar en tres grandes ejes: provisión de información y métodos anticonceptivos de forma gratuita a toda la población; capacitación a efectores en el tema para que a su vez puedan garantizar el acceso a la salud libre de violencias y con evidencia científica; y campañas de difusión del Programa aunando el trabajo de las carteras ministeriales de Salud, Educación y Desarrollo 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 público de salud, privado y de obra social.



Chaco no escapa de la realidad conservadora norteña. La primera medida judicial realizada contra la Ley 27.610 en el país fue realizada en Chaco por la jueza Marta Beatriz Aucar de Trotti. La carátula fue: "DELLAMEA HILDA BEATRIZ Y OTROS C/GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL CHACO Y/O MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL CHACO Y/O MINISTERIO DE EDUCACION, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGIA DEL CHACO S/MEDIDA CAUTELAR" y llamó a la protección del derecho constitucional de la vida desde la concepción.

La subsecretaría de Género y Diversidad realizó un posteo que comunicaba:

“Ante la medida cautelar que suspende la aplicación de la ley 27.610 difundida por la red social WhatsApp, queremos aclarar que el gobierno provincial no ha sido notificado formalmente al respecto. Somos respetuosos del Estado de Derecho, respetamos los procesos judiciales y llegado el momento, contestaremos de tal forma. La ley de interrupción voluntaria del embarazo es una ley sancionada por los representantes del pueblo. Desde el gobierno provincial, vamos a seguir impulsando este derecho para proteger a las mujeres y personas gestantes.”

Un informe de la agencia chaqueña de noticias FOCO indicó que, desde que entró en vigencia la ley, se habilitó una línea de atención telefónica de provincia, para no depender exclusivamente del 0800 de Nación. La provincia cuenta con planes propios para la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia y tiene una campaña propia de difusión de métodos anticonceptivos.

5. LAS USUARIAS CHAQUEÑAS

La mayoría de las encuestadas son mujeres con un rango de edad entre los 14 y 61 años, con edad promedio entre 14 y 19 años. **El 60 % no completó su educación formal obligatoria.**

Máximo estudio alcanzado



- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Primaria incompleta
- Terciario/universitario incompleto
- Terciario/universitario completo
- Primaria completa

Es necesario resaltar que sólo **4 de cada 10** encuestadas tiene los estudios obligatorios completos, esto es: primaria y secundaria.

Acceso a empleo y titulares de programas sociales:

Una proporción significativa de las encuestadas en Chaco no tiene un trabajo remunerado. En ambos tipos de encuestas, el 70% de las mujeres encuestadas señalan **no tener un empleo remunerado**.

7 de cada 10 usuarias señalan que no tienen un empleo remunerado, dentro de las que sí perciben ingresos la cifra promedio de estos es \$270.000.

4 de cada 10 usuarias encuestadas refieren ser titulares de programas sociales, de esta forma reciben una respuesta estatal a través de éstos. De este 40% de usuarias del sistema de salud que son beneficiarias de un programa social, el **64%** perciben la Asignación Universal por Hijo – AUH –; un **11%** Progresar, en igual sentido, el Programa Potenciar Trabajo, **25%** compone pensiones por discapacidad, pensiones por viudez, jubilaciones, pensión a madres de 7 hijos y becas provinciales.

Es decir que un **40% de las usuarias** que asisten a los Hospitales de la provincia de Chaco acceden a los servicios públicos necesitan apoyo del Estado para desempeñar sus actividades diarias.

Familia y vínculos sociales de las usuarias chaqueñas:

9 de cada 10 de las usuarias encuestadas indica que tiene hijos o familiares a su cargo.

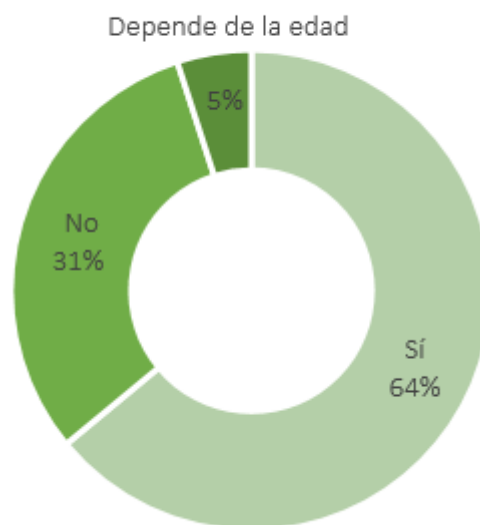
El número de familiares a cargo más alto es 8. El mayor porcentaje **-27,48%** corresponde a usuarias a cargo de **una** persona, ya sean hijos u otro familiar. Posteriormente siguen hogares con **dos** familiares a cargo del **14,5%** y, en tercer lugar, el **11,45%** que cuida a **tres** integrantes de la familia.

La mayoría de las encuestadas, **el 42%**, indica **no tener una pareja** al momento de la recolección de datos. El 40% cuenta con **pareja estable con la cual convive**, solo el **6%** de las usuarias indicaron que tienen **“pareja no estable”**.

Frente a la pregunta **¿Consideras que los adolescentes pueden asistir solos a una consulta sobre salud sexual y reproductiva?**

6 de cada 10 usuarias encuestadas identifica que niñas y adolescentes pueden asistir sin progenitores a una consulta sobre salud sexual y reproductiva.

Autonomía progresiva de NNYA



Se destacan **los siguientes comentarios a favor de la autonomía progresiva**: *“Considero correcto que los adolescentes puedan ir solos a las consultas, cuando ellos necesitan despejar dudas o quieren información al respecto de su propia salud sexual, es importante crear un ambiente seguro y de confianza para ellos” (usuaria de 20-25); “Sí, considero que sí porque tienen autonomía para decidir por sí solos” (usuaria de 26-31); “Sí, porque ya a partir de los 13 tiene autonomía para decidir sobre su cuerpo” (usuaria de 26-31) “No, porque ellos no van a entender bien lo que el médico le va a explicar. Bueno, algunas niñas son así” (usuaria de*

31-37); “Deben ir acompañadas porque son muy chicos y en el jardín ni en la escuela enseñan nada, o a mí no me enseñaron cuando fui” (usuaria de 20-25); “No, los padres deberían acompañarlos y estar al tanto de sus hijas” (usuaria de 26-31); “Tiene que estar siempre acompañado. Si no es mayor, necesita de su mamá siempre” (usuaria de 14-19).

De los datos analizados se concluye que la edad media para que les niños y adolescentes reciban información sobre salud sexual, reproductiva y no reproductiva es de **12/13 años**. Sin embargo, algunas usuarias encuestadas señalaron que no deben entrar sin supervisión o permiso siendo menores. Debe ser a partir de los **18 años, es decir desde que adquieren mayoría de edad para nuestra legislación vigente.**

A la pregunta **¿Consideras que en la Escuela deben recibir ESI?** las usuarias chaqueñas reconocieron la importancia de la ESI en las aulas, es así, que 9 de cada 10 usuarias considera que deben recibir Educación Sexual Integral les educandos.

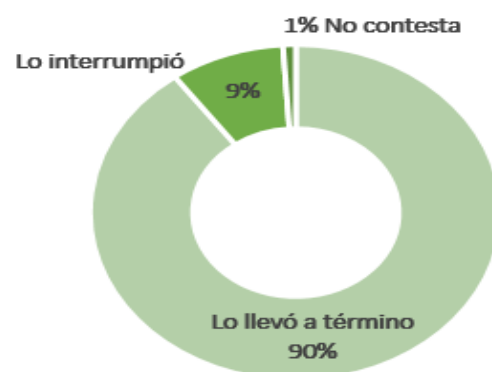
La monitoreante señala que, a lo largo de las entrevistas, los profesionales de la salud indicaron que no se asegura la Educación Sexual Integral en las aulas. Una de ellas señaló que hay gran dificultad para su implementación y que “las escuelas siguen sin garantizar el efectivo acceso a la educación sexual integral de las niñas, niños y adolescentes”. Considera que una mayor difusión de la ESI en las instituciones educativas es necesaria para garantizar los derechos de las usuarias.

6 de cada 10 usuarias encuestadas indicaron que atravesaron un **embarazo no planificado o “no buscado”**.

El **90%** de quienes indicaron atravesar un embarazo no buscado lo llevaron a término, el **9%** indicó que lo interrumpió.

Solo **4 de cada 10** usuarias encuestadas señala que accedió a un método anticonceptivo antes de su primer embarazo, y el **90%** indicó que conoce que puede acceder a un método anticonceptivo de forma gratuita, asimismo, el **10%** restante indica *“Me parece que se puede”* *“No, no se puede”* *“No sé si se puede”*. Con lo cual es factible afirmar que la mitad de las usuarias encuestadas no dispusieron de su primera gesta o de alguna y que solo un 10% pudo o decidió acceder a un aborto.

Llevó a término un embarazo no planificado



El **63%** de las usuarias encuestadas indicaron que después de parir y antes de irse de alta del Hospital, recibieron información sanitaria sobre MAC y que además le brindaron un método anticonceptivo.

1 de cada 10 usuarias solo recibió información, y un 13% no le brindaron ninguna información sobre métodos anticonceptivos después de parir ni le brindaron un MAC, tengamos en cuenta los datos arriba señalados: **un 62% de las mujeres chaqueñas encuestadas atravesaron un embarazo no planificado.**

La noción de ciudadanía -entendida como “el derecho a tener derechos”¹ - permite analizar en qué condiciones llega una usuaria al servicio de salud e implica, especialmente para quienes tienen la capacidad biológica de gestar, el respeto por los derechos sexuales y reproductivos. Decidir tener hijos, no tenerlos, cuántos y con qué intervalo entre cada nacimiento requiere, además de una decisión autónoma, de acciones concretas del Estado - información y provisión de métodos anticonceptivos (MAC) - para asegurar una vida sexual libre de discriminación y violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el derecho a la planificación familiar como *“La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos (...) La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.”*²

Al crear el **Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable**, la ley 25.673 reconoció de forma expresa que *“estadísticamente se ha demostrado que, entre otros, en los estratos más vulnerables de la sociedad, ciertos grupos de mujeres y varones, ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos”*.

Si bien no existe una ley que así lo disponga, la población que accede a la salud en el Servicio Público pertenece principalmente a sectores de escasos recursos económicos y simbólicos que signan su ciudadanía sexual desde la infancia temprana.

Luego del monitoreo confirmamos que, tanto en el imaginario social de la usuaria de Servicios Públicos, como en el imaginario sanitario preponderante en equipos de salud, la atención ginecobstétrica se inscribe más en la atención de la salud reproductiva, que no reproductiva.

¹ Arendt, Hannah (1998) “La condición humana”. Barcelona. Ed. Paidós.

² Determinantes Sociales en salud. Nota Descriptiva de 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

a. ¿Qué saben las usuarias chaqueñas sobre MAC?

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

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

7 de cada 10 usuarias respondió saber que son los derechos sexuales y reproductivos, por lo que es notorio que **más del 90%** de las usuarias reconocieron saber que tienen derecho a acceder a un método anticonceptivo de forma gratuita.

El **78%** de las usuarias indica haber solicitado alguna vez un MAC. Sin embargo, antes de su primer embarazo solo **4 de cada 10** usuarias usaron un método anticonceptivo.

El **55%** de las encuestadas utiliza o utilizó en algún momento **pastillas anticonceptivas**, posteriormente con un **30%** **inyección** y **preservativo masculino**. El **14%** usa o usó **DIU**, seguido por el **implante subdérmico (10%)** y la **ligadura tubaria (8%)**.

Por otro lado, indagamos cual es la fuente de conocimiento que tiene las usuarias sobre MAC, para establecer qué grado de calidad tiene su elección y destacamos los siguientes hallazgos: si bien las pastillas anticonceptivas fueron usadas por



5 de cada 10 usuarias, su uso fue explicado por un profesional de la salud sólo en el caso de **4 de cada 10** usuarias.

Al igual sucede con los preservativos, **3 de cada 10** usuarias manifestó haber usado alguna vez este método, y a **3 de cada 10** usuarias fue explicado este método anticonceptivo en una consulta con un efector. La misma cifra se repite para el caso de la inyección anticonceptiva.

Ante ello nos preguntamos **¿Por qué los MAC más utilizados son solo explicados a un bajo porcentaje de la sociedad que llega a una consulta con un efector? Veamos qué ocurre con los demás métodos anticonceptivos.**

La encuesta a las usuarias chaqueñas consistió además en preguntar por “sí” o “no” de acuerdo a si conocían o no conocían la lista de MAC que se detalló en la página anterior.

De las respuestas obtenidas pudimos observar que **el preservativo masculino y Anticonceptivo Hormonal de Emergencia – AHDE - son los métodos anticonceptivos más conocido por las usuarias (60%), seguidos por las pastillas anticonceptivas (53%) y el DIU (52%).**

Respecto a los MAC menos conocidos por las usuarias se encuentran: Sistema de Liberación Intrauterina (**8%**), anillo vaginal (**10%**) y preservativo femenino (**12%**).

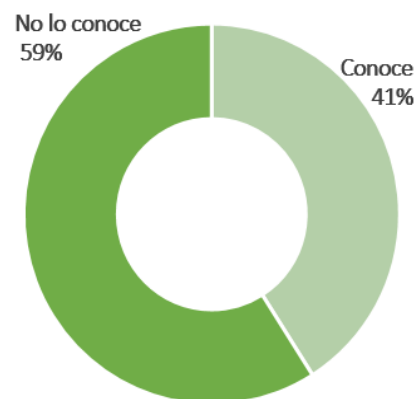
Vasectomía

Solo **4 de cada 10** usuarias chaqueñas conocen qué es este método.

Además, solo **9** de la totalidad de las usuarias encuestadas indicaron que un profesional del sistema de salud les explico su uso. Esto contrasta con que solo **4 de cada 10** usuarias un profesional les informo que su pareja podía hacerse una vasectomía y esto evitaría tener más hijos.

5 de cada 10 usuarias chaqueñas desconocen que su pareja puede hacerse una vasectomía y que esto evitaría tener más hijos. Mujeres que conocen el método, que acudieron en los servicios de salud pública a una consulta y solicitaron un método anticonceptivo afirman que no fueron informadas sobre la vasectomía para sus parejas como una opción.

Vasectomía

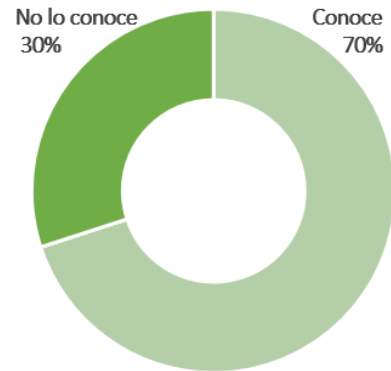


Ligadura tubaria

7 de cada 10 usuarias chaqueñas encuestadas conocen que es la ligadura tubaria, pero solo a **3 de cada 10** un profesional les explicó sobre su uso. 6 de cada 10 usuarias no saben cuáles son los requisitos legales para acceder a una ligadura tubaria.

Debido a los datos obtenidos en la encuesta como de los comentarios sobresalientes de las entrevistas realizadas a las mujeres chaqueñas entendemos que las usuarias desconocen que la **ley N° 26.130** tiene como únicos requisitos – tanto para la ligadura tubaria como para la vasectomía – en primer lugar, ser mayor de edad, y el consentimiento informado.

Ligadura tubaria



El 8% de las usuarias encuestadas decidieron por la ligadura tubaria como método anticonceptivo. Las usuarias que fueron informadas por profesionales indicaron que la información sobre el método estuvo vinculada a partos. A algunas se les ofreció como parte de la cesárea, otras como recomendación posparto. Las usuarias que fueron informadas ya habían cursado embarazos a término. Una usuaria afirmó que, cuando fue a su última consulta, solicitó una ligadura y “me la negaron porque me dijeron que era muy joven”.

Anticonceptivo Hormonal de Emergencia (AHDE):

6 de cada 10 usuarias conocen que es el AHDE y la reconocen como “*pastilla del día después*” y solo **2 de cada 10** usuarias chaqueñas recibieron la información sobre cómo usar este anticonceptivo por parte de un profesional de la salud en una consulta sobre salud sexual y reproductiva.

Pastillas anticonceptivas

8 de cada 10 usuarias conocen las pastillas anticonceptivas y es el método más frecuente entre las usuarias chaqueñas, representando **5 de cada 10** encuestadas. Sin embargo, advertimos la breve brecha entre las usuarias que utilizan o utilizaron el

método y a las que un profesional les explicó su uso (a **4 de cada 10**). La relación entre la información brindada por profesionales de la salud y la elección de las usuarias abre una pregunta: si la desinformación en consultas sobre otros métodos no obstaculiza la libre elección de las usuarias.

b. Información sanitaria y elegibilidad de MAC

Ese proceso de elección y uso efectivo de un MAC está fuertemente incidido por la información profesional que reciba la mujer y personas con capacidad biológica de gestar.

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 a todes les usuaries: el respeto por la autonomía, la intimidad y la confidencialidad; provisión de un trato digno y respetuoso; e información sanitaria veraz, clara, completa y basada en la evidencia científica.



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 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 (planificarlos, espaciarlos o evitarlos) ¿les profesionales te explicaron los distintos métodos procedimientos y/o tratamientos disponibles, las ventajas y desventajas de cada uno?**

El **82%** de las usuarias indicó que recibió la información suficiente y eficaz para poder elegir un MAC, pero el **8%** de las mujeres encuestadas indicaron que no recibieron ningún tipo de información para poder planificar sus embarazos y elegir su método anticonceptivo. A su vez, el **6%** indicó que le *no le explicaron mucho, pero le entregaron un MAC directamente*. Y el restante solo le explicaron *“algo”*.

Del **82%** de usuarias que se topó con profesionales que pudieron brindarles la información suficiente, preguntamos que recordaron sobre lo explicado, entre ellos, se destacan los **siguientes comentarios**: *“Me explicaron las dosis de hormonas de cada pastilla según la marca y la diferencia entre la que se compra en farmacia y las que dan en el hospital. Con mi hija nos explicó todo del implante” (usuaria de 38-43 años); “Me explicaron que puedo planificar si tener hijos o no, me hablaron sobre los métodos anticonceptivos disponibles en el hospital” (usuaria de 26-31 años); “Me hablaron sobre los métodos: que había pastillas, inyecciones, DIU y la ligadura de trompas. Me explicaron cómo se usa y la duración de cada método” (usuaria de 38-43 años); “Me explicaron cómo cuidarme, para qué sirve el implante y qué no evita (enfermedades de transmisión sexual)” (usuaria de 14-19 años).*

³ Art. 2 inc. e) de la ley N° 26.529.

⁴ Art. 3 de la ley 26.529.

Observaciones participantes y no participantes encontramos:

Servicio de Adolescencia – Resistencia.

Está ubicado en un lugar de fácil acceso, pueden trasladarse con transporte público y hay carteles que informan cuál es el ingreso al centro de salud. El personal del hospital también indica dónde se encuentra el consultorio. No hay presencia policial, oficial o privada.

El espacio se encuentra limpio, es agradable. Los espacios están delimitados de forma evidente y el espacio parece ambientado específicamente para adolescentes (tiene colores, calcomanías). La sala de espera tiene asientos suficientes, climatización y un televisor, en el cual se transmitían noticias y canal ENCUESTRO. Tiene luz natural, cuenta con ventilación y tiene un extintor de emergencias colocado a una altura y distancia apropiada para el acceso de los pacientes y de quien atiende la recepción. Hay dos salas destinadas a consultorios. El espacio físico para la atención es suficiente. Se garantiza la privacidad todo el tiempo.



La información sobre la admisión para quienes asisten al servicio (adolescentes entre 10 y 19 años) es clara y está expuesta en la entrada del espacio. Se explicita que se ofrece atención en ginecología, obstetricia y consejerías en salud sexual y reproductiva. Los carteles están enfrentados a los asientos de la sala, están a una altura apropiada para llamar la atención de quienes asisten al servicio. Hay folletería disponible sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. El material está disponible gratuitamente para quien se lo quiera llevar.

Tiene un escritorio para realizar la recepción, información sobre cómo acceder al servicio por primera vez y un número de teléfono de contacto para solicitar información por teléfono. La solicitud de turnos es a demanda espontánea, no es necesario sacar turno previo. El horario de atención es de lunes a viernes de 7.30 a 15 hs. Tienen actividades internas y solicitan que se comuniquen si consultan por primera vez en el servicio. Se atienden a jóvenes y adolescentes que no están acompañados por un adulto. No se observa discriminación a la población, no por origen étnico ni por características físicas.

No se observa la presencia de un dispenser de preservativos. Se brindan a la simple solicitud. La entrega de anticonceptivos está a cargo del propio servicio.

“Generalmente son las obstetras quienes brindan información como también acompañan a la paciente a la toma de decisión respecto al mejor anticonceptivo. En el horario de la observación estaban cinco personas que atendían y brindaban información. El trato era agradable, llaman a las personas por su nombre. Son atentas. Están predispuestas” – Equipo de recolección de datos.

SiAPA – Roque Sáenz Peña.

La entrada al servicio está indicada por un cartel vinílico sostenido por un atril. Es visible desde la calle. El ingreso es al mismo nivel que la vereda. No hay rampas, pero no se visualiza dificultad para la accesibilidad.

Cuenta con una sala de espera amplia, con asientos cómodos y bien distribuidos. Tiene iluminación eléctrica y numerosas ventanas. El espacio está ambientado para el rango etario de los usuarios. Hay murales y carteles informativos coloridos.



Cuenta con una recepción visible y bien delimitada. No es alejada de los asientos destinados a la espera, pero la distancia es tal como para permitir cierta privacidad. El espacio físico es apropiado para la atención. Los consultorios tienen puertas e iluminación propia.

Dentro de los consultorios se observan carteles informativos. Hay carteles sobre vacunación contra el VPH con el sello de Nación. Informa sobre la edad para solicitar de manera autónoma la vacuna. Se observa cartelería manual sobre la Educación Sexual Integral, con beneficios de la misma. Sobre el escritorio se encuentra un fichero con un aparato reproductor femenino de colores amigables y con motivos florales. Hay cartelería manual sobre métodos anticonceptivos, con las cajas de presentación de cada método pegadas sobre el material de base. Hay otro cartel impreso, este sin sello. Parece encargado por el propio personal del servicio en lugar de distribuido. Este contiene información sobre el cáncer de cuello de útero.

Es importante destacar que 8 de cada 10 encuestadas chaqueñas hicieron consultas ginecológicas para acceder a métodos anticonceptivos. 2 de cada 10 refieren no haber recibido información para acceder a MACs o no comprendieron la información que solicitaron. Una usuaria de entre 44 y 49 consultada en Roque Sáenz Peña refiere sobre la negativa *“Me respondieron que no llegan a ese lugar las pastillas anticonceptivas. No me explicaron nada y nunca tenían métodos anticonceptivos, por eso me quedé embarazada”*.

Consultorio de Salud Reproductiva – Resistencia

“Es un lugar de fácil acceso.

El Hospital Pediátrico de Resistencia se encuentra entre las avenidas 9 de Julio y Av. Vélez Sarfield, está identificado, su ubicación es conocida por la mayoría de la ciudadanía, y alrededor del mismo se asientan varias instituciones educativas a la que concurren gran número de estudiantes, a saber: Colegio Nacional (secundario, público), Simón Iriondo (secundario,



público), María Auxiliadora (primera y secundaria de gestión privada), ESS 45 (secundario, público). Asimismo, la mayoría de los transportes públicos que trasladan a personas de todo el Gran Resistencia (que comprende las localidades de: Resistencia, Pto. Vilelas, Barranqueras, Tirol y Fontana) tienen su para a tan solo 100 metros del acceso principal del lugar. Cabe resaltar que las personas que están en la recepción informan de manera sencilla dónde se encuentra el consultorio de atención, identificado como consultorio 9, donde funciona el Servicio de Salud Reproductiva”.

“El lugar es limpio, los lugares están identificados. La sala de espera es amplia, con sillas, y se identifica la puerta de acceso. Asimismo, los baños se mantienen limpios en los horarios vespertinos, cuando funciona el servicio. La sala de espera cuenta con doce (12) asientos, en horarios de día es un espacio luminoso dado que la luz ingresa por los ventanales. Asimismo, cuenta con luces artificiales (focos) que son pocos, razón por la que en horarios nocturnos no tiene suficiente luminosidad. Cuenta con ventilación. No se puede observar si cuenta con calefacción”.

“Hay carteles que indica acceso, acceso de emergencia y guardia de emergencia. Asimismo, no está señalizado el consultorio con carteles que hagan alusión a la atención de la salud sexual y reproductiva, las personas que llegan allí llegan con la información que se le brinda en el acceso o por coordinar el turno con el personal responsable. Cabe resaltar que el servicio funciona en el consultorio 9 de 17 a 19.30 hs todos los días, mismo lugar donde funciona obstetricia y urología en el horario de la mañana y siesta”.

“El personal de atención está predispuesto a brindar información dónde funciona



el consultorio de salud reproductiva, indica, acompaña, muestra dónde funciona. En el mismo, atiende una obstetra que es quien va atendiendo por orden de llegada, al golpear la puerta y avisar que está presente, conforme el turno acordado previamente. El tiempo de espera promedio es de 30 minutos”.

“Para las consultas sobre IVE/ILE deben asistir con ecografía ginecológica que confirme el embarazo, de no

contar con la misma, debe retirar el pedido de ecografía en secretaria de a 9 hs Tocoginecología, con constancia de grupo y factor. Cumplimentado ello, se garantizan los turnos se otorgan de lunes a viernes desde las 8 am”.

“Se garantiza siempre la atención de jóvenes y adolescentes, incluso adultos que llegan al consultorio. No son discriminadas, al contrario, se garantiza el acceso a la información y al método anticonceptivo si es requerido. Solo en el acceso principal se observan símbolos religiosos, como en la mayoría de las instituciones públicas de la provincia del Chaco. Son vírgenes o cruz, símbolos de la religión católica, pero en ningún caso esto implica (a simple observación) que personas de otras religiones no ingresen o no consulten en el servicio. Hay presencia policial, generalmente se ubica en el acceso del hospital pediátrico, son pocos, no suelen ser más de dos personas, y es al solo efecto de custodiar la seguridad del lugar. Muchas veces ayudar a brindar información a los pacientes sobre dónde se encuentran los servicios que buscan o dónde queda la mesa administrativa de información. Pueden llegar a intervenir frente a una situación de conflicto entre pacientes o de pacientes entre personal médico”.

En Chaco la mayoría de las usuarias asisten a los centros de salud para realizar consultas ginecológicas específicamente vinculadas con sus MACs o controles. En

algunos casos, se presentan distintas mujeres de la misma familia a realizar consultas sobre sus MACs. En el caso de las usuarias chaqueñas, la consulta ginecológica no se limita primordialmente a embarazos.

En Chaco **9 de cada 10** mujeres encuestadas pudieron acceder a MACs sin recibir negativas. Se observa que el conocimiento es alto sobre los MACs más disponibles en los servicios de salud, como ser el caso del preservativo masculino, las pastillas o las inyecciones. Sin embargo, este conocimiento disminuye para métodos menos accesibles o no ofrecidos de manera gratuita por los servicios de atención. Por los datos recolectados presuponemos que la principal barrera para la elegibilidad del método anticonceptivo de preferencia para las usuarias es económica. La limitación no la atribuimos a la percepción de ingresos de las usuarias, sino a la falta de recursos destinados a los derechos sexuales y reproductivos en la salud pública federal.

En el marco de las consultas médicas la ley de derechos del paciente, otorga la decisión a las pacientes de poder ingresar según su deseo con una persona si así lo desean a la consulta, pero aun así el **50.8%** de las usuarias chaqueñas indicaron que el profesional de la salud no les consulto si querían entrar solas o acompañadas a la consulta sobre su salud sexual.

Información sobre zika y chagas

El **63,3%** de las mujeres encuestadas jamás recibieron información en una consulta ginecológica sobre que es el zika, sus consecuencias y como esto podría afectar a la vida intrauterina. En cuanto al chagas el **41,7%** nunca recibió información sobre esta enfermedad y sus consecuencias.

c. Principales barreras u obstáculos para el acceso a mac

La falta de insumos, la falta de recursos humanos y la necesidad de las pacientes con contar con anticonceptivos es el paso previo para una interrupción del embarazo, de ello dan cuentas los integrantes de los equipos de salud que día a día asisten a los diferentes Centros de Atención, asimismo, les preguntamos **“¿Cuál es su opinión sobre la situación de salud sexual y reproductiva en la provincia? ¿Se asegura la ESI en la Escuela? ¿Se garantiza el acceso a la anticoncepción?”** ante ello respondieron:

“El acceso a la atención ha mejorado en los últimos años disminuyendo la tasa del embarazo adolescente. Desde mi opinión no se asegura ESI en la escuela. Si, La anticoncepción es gratuita dentro de salud pública.” **(Integrante del equipo de salud de Resistencia).**

“Hay mucha dificultad. Las escuelas siguen sin garantizar el efectivo acceso de la educación sexual integral de las niñas, niños y adolescentes. Asimismo, desde el servicio de salud reproductiva buscamos garantizar permanentemente el acceso a la anticoncepción.” **(Integrante del equipo de salud de Resistencia).**

“El programa de salud sexual y reproductiva funciona perfectamente si hay compromiso de los servicios. Si hay ESI en la escuela el impacto es más positivo que negativo. Acceso a la anticoncepción es siempre garantizado.” **(Integrante del equipo de salud de Nueva Pompeya).**

“Se proveen de métodos en lo humanamente posible. Se hacen cambios con otros servicios para no quedarnos sin insumos. En la escuela hacemos asesoría en salud adolescente, ahí trabajo la ESI. Se garantiza el acceso a la anticoncepción. Los docentes piden asistencia del servicio. Están en general preocupados por la sexualidad y el inicio de relaciones sexuales muy tempranas.” **(Integrante del equipo de salud de SiAPA).**

“Desconozco sobre ESI en la escuela, pero aquí en los CAPS se garantiza el acceso de alguna manera.” **(Integrante del equipo de salud de CAPS Curishi).**

“Desconozco la situación de la ESI en la actualidad. Sí se garantiza el acceso a la anticoncepción en centro de salud, pero no siempre contamos con toda la variedad que existe.” **(Integrante del equipo de salud de CAPS Curishi).**

“No, porque hay profesores que no están de acuerdo. Se garantiza el acceso a MACs cuando hay en stock. La situación de salud sexual y reproductiva en la provincia es precaria.” **(Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).**

“No se asegura la ESI en la escuela. Sí se garantiza el acceso a la anticoncepción. La situación de SSyR en la provincia está complicada por los insumos.” **(Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).**

d. Información gráfica sobre derechos sexuales y reproductivos

De conformidad con el artículo 8 de la ley 25.673 y su Decreto Reglamentario Nº 1282/2003, “los Ministerios de SALUD, de EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (1) vez al año, para la difusión periódica del Programa”. En el marco de la atención sanitaria que regula ley 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”⁵

La Ley Nº 25.673, en su exposición de motivos legislativos, señala que esta normativa 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 otros⁶. Sin embargo, este tipo de campañas de difusión no existen, como así tampoco la información gráfica que dé cuenta de estos derechos.

4 de cada 10 usuarias chaqueñas encuestadas que asisten al sistema público de salud no encontraron cartelera sobre salud sexual o sobre procreación responsable que pueda brindarles información.

Se destacan los siguientes **comentarios**: “Sí, pero no recuerdo qué decían” (usuaria de 28 años); “En los centros de salud cercanos a mi domicilio no hay información sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo” (usuaria de 34 años); “Sí he visto, no recuerdo, pero sí vi. Era un solo cartel” (usuaria de 18 años).

⁵ Art. 3 del Decreto Nº 1089/12

⁶ Art. 8 del Decreto Nº 1082/203. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley.php>

7. ABORTOS PERMITIDOS POR 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 practica 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.

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”⁷ y a su vez, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo

⁷ OMS (2014)

(Resolución 952/2022 del Ministerio de Salud de la Nación), 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 les niñas 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.”⁸

Sobre el concepto de “salud mental” la ley N° 26.657 indica que es “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3º). 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.

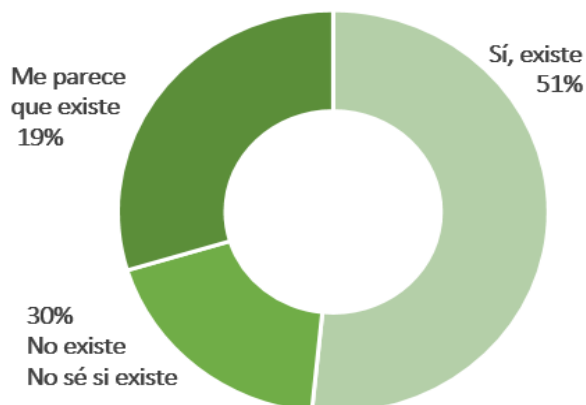
A su vez el Protocolo también establece pautas sobre la ILE “se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto que, en general, son más altas que las de la población adulta. El Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo 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.

Solo **5 de cada 10** mujeres chaqueñas encuestadas conocen la existencia de una ley que permite abortar en caso que el embarazo ponga en riesgo la vida o la salud de la mujer embarazada.

⁸ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022). Sonia Ariza Navarrete ... [et al.]; coordinación general de Valeria Isla. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022.

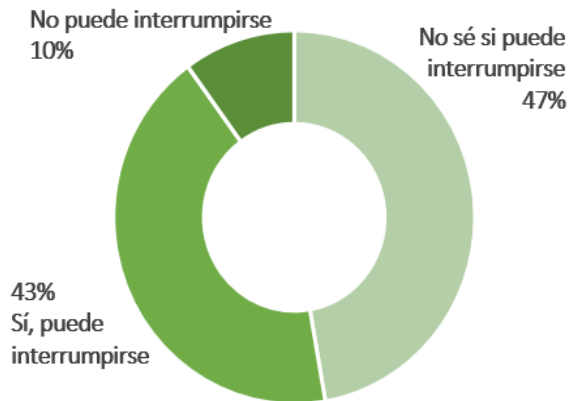
Conocimiento sobre causal salud



Frente a la pregunta: **¿Cuándo considerarás que un embarazo puede poner en riesgo la salud de la mujer?** Se extraen los siguientes comentarios: *“Cuando tiene una enfermedad” (usuaria de 14-19 años); “Cuando hay malformaciones” (usuaria de 32-37 años); “Cuando es producto de una violación” (usuaria de 38-43 años); “Cuando hay alguna enfermedad materna y cuando hay complicaciones si el embarazo se ha conseguido por tratamiento” (usuaria de 20-25 años); “Cuando sea riesgoso para la vida de la madre, o la deje con alguna secuela después de este” (usuaria de 20-25 años); “Cuando ella no quiere simplemente. Más allá de su deseo. Si se fuerza a la madre, la afecta en todos los sentidos.” (usuaria de 20-25 años); “Cuando sos menor y tenés chaga” (usuaria de 14-19 años); “Cuando toma alcohol y fuma” (usuaria de 20-25 años); “Cuando hay riesgos por antecedentes médicos o cuando es muy pobre” (usuaria de 26-31 años); “Cuando no es compatible con la vida fuera del útero. Cuando una mujer expresa que no puede continuar con el embarazo. La salud mental es tan importante como la física” (usuaria de 32-37 años).*

Asimismo, **4 de cada 10** usuarias encuestadas cree que no puede interrumpir su embarazo cuando la gestación de un feto tiene malformaciones incompatibles con la vida o malformaciones graves.

Malformaciones incompatibles con la vida o graves



La mayoría de los comentarios obtenidos de las encuestas realizadas indicarían que las personas con capacidad biológica de gestar solo pueden acceder a una ILE con causal salud cuando tengan una patología de base biológica o cuando la vida fetal es incompatible con la vida extrauterina. Queda por fuera del imaginario de las encuestadas la salud integral.

El artículo 86 – sustituido por el art. 16 de la Ley 27.610 – entiende que las personas con capacidad biológica de gestar podrán acceder a un aborto no punible cuando estuviera en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante.

La realidad es que el Decreto 14/21 - PNE observa la palabra integral de la Ley 27.610, esto no quiere decir que el concepto salud deja de ser integral con respecto a las interrupciones del embarazo, si no que la salud siempre es integral en cualquier ámbito y en todas las practicas, teniendo en cuenta la definición establecida por la OMS en 2014.

B. Causal violación (ILE)

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

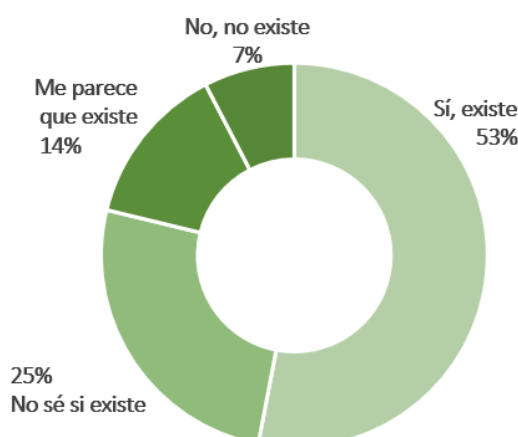
El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022) entiende que violación es “cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas del derecho de la persona de decidir voluntariamente acerca de su vida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

Al existir esta causal desde 1921 y con el pronunciamiento sobre el fallo F.A.L cumpliendo más de una década nos preguntamos **¿Qué saben las usuarias chaqueñas sobre la causal violación?**

5 de cada 10 de las encuestadas conoce que puede interrumpir un embarazo cuando es producto de una relación sexual forzada.

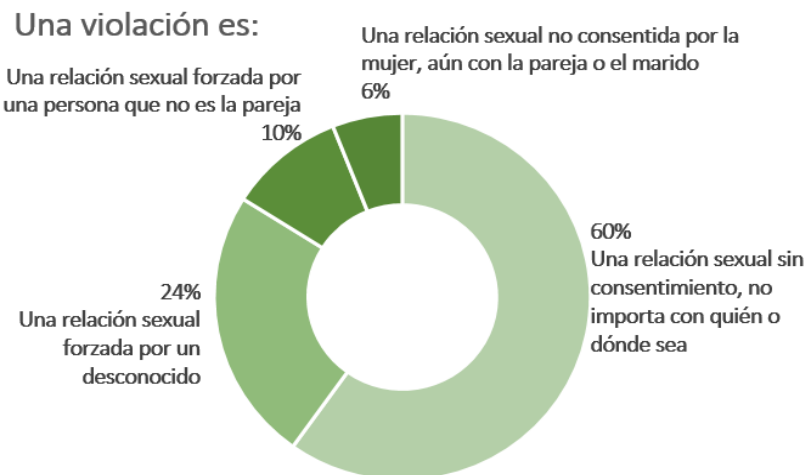
Es muy llamativo que, a 102 años de la legalidad de la ILE en Argentina, la mitad de las usuarias encuestadas desconozcan que pueden abortar en casos de un abuso sexual.

Causal violación



Ante ello preguntamos que entienden las encuestadas por “violación” y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

6 de cada 10 usuarias encuestadas indicaron que una violación es “una relación sexual sin consentimiento, no importa con quién o dónde sea”.



Si bien el fallo F.A.L, desde el 2012, descarto totalmente la posibilidad de exigir una denuncia policial o judicial como requisito para el acceso a las interrupciones legales del embarazo en caso de violación y que, asimismo, la ley 27.610 recogió este mismo criterio, **4 de 10** de las encuestadas indica que es correcto que el personal de salud les exija una denuncia policial para poder realizarse un aborto en casos de violación.

Ante ello, a les profesionales de la salud en **Entrevistas en Profundidad** les consultamos sobre si exigían o no denuncia policial o judicial para que las ciudadanas puedan acceder a un aborto en estos casos:

“No es requisito. Si es un abuso sexual de una persona menor de 13 años interviene el SAINNAV y ellos garantizan el procedimiento del aborto y el abordaje judicial.” (**Integrante del equipo de salud de Resistencia**).

“Sí solicitamos en caso de menores, pero no es una condición que limite para hacer una interrupción.” (**Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña**).

“Si es menor de edad los efectores deben denunciar. Si es mayor orientan y sugieren denunciar.” (**Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí**).

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) 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 chaqueñas sobre IVE?

5 de cada 10 de las mujeres chaqueñas conocen que pueden abortar por su propia decisión.



Nos parece importante destacar que la ley que otorga a las personas con capacidad biológica de gestar se encuentra con plena vigencia y efectividad desde el año 2021, es decir que con pocos años de vigencia esta normativa puso en conocimiento lo que hace más de 100 años lo que no se conocía que es abortar por causales: la ILE.

Esto implica reconocer la despenalización social del aborto, en tanto que los movimientos feministas por el derecho a decidir pusieron sobre las calles las discusiones en cuanto a nuestras sexualidades, placeres, planificación familiar, acceso a métodos anticonceptivos, fallas de los mismos, en particular y todo lo concerniente a nuestros Derechos Sexuales, Reproductivos y No Reproductivos.

C. ¿Dónde se garantiza el aborto en Chaco?

El informe anual “ImplementAR”⁹ sobre IVE/ILE: Informe anual 2022 -2023 especifica que en Chaco encontramos **9** efectores en el sistema público de salud que garantizan estas prácticas médicas lícitas, y que en este mismo año se realizaron 1.277 interrupciones que fueron formalmente informadas al Ministerio de Salud de la Nación.

Consultamos a los efectores del sistema de salud **“En su opinión, ¿cuál es la situación del aborto permitido por la ley en la provincia y en particular en el Servicio de Salud donde trabaja?”** ante ello, manifestaron:

“En este servicio solo se realiza consejería. El aborto está garantizado, es accesible. Hoy presentan una dificultad: no cuentan con insumos como el misoprostol, esto es una barrera. Muchas veces se solicita a la paciente que lo compre para llevarse adelante la práctica, pero si la paciente no cuenta con recursos económicos es muy difícil que vuelva. Antes se enviaban desde nación, y cuando no lo hacía la provincia asumía el costo, pero hoy no está sucediendo.”
(Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“Aquí se cumple, garantizando el acceso, pero siempre hay profesionales que obstaculizan y parte de la sociedad.” **(Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).**

“Creo que en la provincia se garantiza el compromiso con la ley. Como premisa, todo embarazo no es buscado ni querido. Siempre asesoro en opciones ante un embarazo.” **(Integrante del equipo de salud de SiAPA).**

Podemos notar diferentes **obstáculos para el acceso a la hora de abortar**, se destacan los siguientes comentarios de **entrevistas en profundidad**:

*“La formación fue garantizada por el Programa de Adolescencia y salud reproductiva. En la Universidad es insuficiente. Muchas veces, con la gestión anterior, se ha profundizado en las capacitaciones, **hoy eso no existe**. Muchos médicos suelen consultar qué hacer o no bajo determinadas situaciones. **La ecografía es una barrera**. Se solicita que acuda al Centro Obstétrico, donde es un servicio general para todos y los turnos son a largo plazo; es insuficiente la capacidad del servicio. Otra barrera es respecto al **misoprostol** que hoy **se está tardando en proveerse**.”* **(Integrante del equipo de salud de Resistencia).**

⁹ Coord. Grupo de trabajo Acceso a la IVE/ILE, conformado por Valeria Isla, Analía Messina Sonia Ariza, Celeste Benetti, Noelia Cabrera, Florencia Copello, Viviana Fridman, Damián Levy, Victoria Pedrido, Antonella Peres y Natalia Suarez (2023). “ImplementAR IVE/ILE. Informe anual 2022 – Ley 27.610”.

“Los obstáculos son sociales/familiares, no pueden expresarlo en sus familias por ser juzgadas. También el difícil acceso en zonas alejadas” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“Los obstáculos son geográficos (estamos a 300 k.m. de Castelli) y culturales (idiosincrasia wichí y criolla)” (Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).

“Falta de medicación. Falta de estudios (ecografía). Falta de movilidad (ambulancia)” (Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).

“La falta de medicación y de profesionales que apoyen. Aquí solo un médico lo realiza en el hospital” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

Ante la mención de la diversidad cultural como factor influyente en la decisión de las personas gestantes, consultamos a los profesionales de la salud **“¿Se articula con las comunidades originarias para facilitar algún circuito de acceso a la salud sexual reproductiva y no reproductiva?”**, ante lo que contestaron:



“No, no tenemos nada organizado en ese sentido” (Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).

“No, no se articula. El aborto en las comunidades indígenas es muy difícil de tratar porque en su comunidad tratan de sostener su descendencia” (Integrante del equipo de salud de SiAPA).

“No. Los aborígenes en general no abortan” (Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).

“La mayoría de nuestras usuarias son de pueblos originarios” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“Muchas pacientes usuarias son de comunidad, su mayoría” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“Sí, siempre” (Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).

“Siempre, más por el idioma” (Integrante del equipo de salud de Nueva Pompeya).

“Sí, en algunos casos con referentes femeninas para traducción en casos de paciente wichi. En caso de paciente wichi se utilizan traductores para facilitar la comunicación y las explicaciones” (Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).

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 que la respuesta es buena y completa *“siempre se busca garantizar efectivamente como también la anticoncepción inmediata”*.

Frente a la pregunta **“¿Está previsto un equipo de profesionales o algún profesional dispuesto a garantizar esta práctica en la Institución?”** se informó que lo garantiza una persona formada “en los términos de la ley”.

A 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?”**, destacó:

“Una mujer suele ir al primer dispositivo a su alcance, o centro de salud más cercano donde funciona la consejería. Allí se le brinda toda la información como así también se gestiona el turno en el centro obstétrico para la ecografía como así también el turno en el consultorio ILE/IVE (servicio de salud integral) a fin de garantizar la práctica.” (Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“Siempre hay alguien que brinde información” (Integrante del equipo de salud de SiAPA).

“Va a otro servicio. Si está mi colega, la derivo a ella” (Integrante del equipo de salud de Nueva Pompeya).

d. Aborto e información sanitaria

5 de la totalidad de las encuestadas indica que observó carteles sobre aborto en los servicios públicos donde asiste. Una de ellas señala que lo vio solamente dentro de la sala de la profesional de la salud que atendió su consulta.

6 de cada 10 de las mujeres chaqueñas encuestadas nunca recibió información sobre IVE/ILE en una consulta, como poder acceder, que es una interrupción ni cuáles son los derechos que tienen las personas gestantes al respecto.

En **entrevistas en profundidad a profesionales de la salud sobre información**, se refirió que “se brinda información y se otorga turno con profesional correspondiente” y que “Se atiende con turnos, al efecto de garantizar el aborto”.



e. Circuitos sanitarios de ILE e IVE

Las interrupciones del embarazo no solo se deben garantizar en los servicios públicos de salud, sino que debe existir una calidad de atención en cuenta a los estándares establecidos por la ley de derechos del paciente y por la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

No debemos olvidar que la IVE es legal por un sistema de plazos hasta la semana 14 de gestación inclusive, y que la ILE corre por un sistema de causales que no tiene - desde lo legal el límite para la edad gestacional.

Para conocer como es la atención en los Centros de Salud a las personas con capacidad biológica de gestar, en **Entrevistas en profundidad** a profesionales se indagó **¿En qué etapa del embarazo llega a los servicios de salud la mujer que busca un aborto?** destacamos las siguientes respuestas:

“Generalmente llegan entre las 6 y 10 semanas en promedio” (Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“Antes de las 14 semanas para IVE, en casos particulares luego de eso para ILE” (Integrante del equipo de salud de Resistencia)

“Dentro del primer trimestre” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

A su vez indagamos consultamos sobre **¿Hasta qué edad gestacional se realizan las interrupciones del embarazo?** Les profesionales respondieron:

“16 semanas. En caso de violación, es otra cosa” (Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“AMEU y legrado hasta 14 semanas en J.J. Castelli. Ambulatorio hasta 12 semanas” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“13 semanas en el Hospital de Castelli. Más de 13 en Sáenz Peña o Resistencia” (Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).

“Se deriva a S. Peña para interrupción farmacológica” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

Continuamos indagando **¿Cuáles son los recorridos que debe realizar la mujer cuando solicita una interrupción legal o voluntaria del embarazo?**

“Realizarse ecografía para diagnóstico de embarazo, sacar turno en secretaría para iniciar proceso en ILE/IVE” (Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“En principio, una consulta. Luego depende el caso y qué tipo de aborto se realice” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“No sé ni me interesa. Estoy a favor de la vida. La derivó a mi colega para que le informe” (Integrante del equipo de salud de Nueva Pompeya).

“Depende de cada servicio, puede iniciar con una solicitud a través de un mensaje telefónico o en una consulta presencial” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“La consulta, luego una ecografía y la derivación al consultorio de IVE/ILE” (Integrante del equipo de salud de SiAPA).



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 ha asumido compromisos internacionales con la salud de la población y 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.

Respecto de la pregunta **¿Se solicita que se expidan Comités de Ética y Bioética para avalar el caso?** la mayoría contestó “no” o “nunca”, una profesional contestó “*en caso particular de ILE, que sea por riesgo de vida de la usuaria*”, otra, en Nueva Pompeya, “*generalmente sí*”.

Indagamos a los profesionales **¿Cree que la mujer puede elegir el tratamiento a través del cual se practique el aborto?:**

“El procedimiento es acorde a la edad gestacional y se debe garantizar la práctica correspondiente” (Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“Con el servicio de salud que articulamos se cuenta solo con misoprostol y tratamiento ambulatorio en la mayoría de los casos” (Integrante del equipo de salud de El Saulzalito).

“Ambulatorio hasta 11 semanas, AMEU y legrado hasta 14” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“El único que debe decidir si un ser vive o no es Dios” (Integrante del equipo de salud de Nueva Pompeya).

“Depende de la edad gestacional” (Integrante del equipo de salud de El Saulzalito).

“En este momento no hay misoprostol. Podemos AMEU” (Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).

“Creo que acata lo que dice el profesional” (Integrante del equipo de salud de SiAPA).

“Antes sí. O sea, hasta el año pasado. En este momento no. Tenemos AMEU, es lo que ofrecemos” (Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).

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.”

Ante la sorpresa, indagamos a las usuarias chaqueñas sobre cuánto saben sobre los derechos que tienen para poder reclamarlos. Es así que indagamos si conocían o tenían información sobre estándares normativos o leyes que les aseguren la calidad de atención en el caso de solicitar en los Centros de Salud pública un aborto.

5 de cada 10 usuarias encuestadas contestó que no conoce que tiene derechos a la hora de abortar. La mitad de las usuarias no conocen que existe una ley con la cual puede abortar con derechos. Es por ello que podemos concluir que **5 de cada 10** usuarias encuestadas no conoce estándares de calidad sobre la ley 27.610 que tiene 2 años de vigencia.

Este dato evidencia la falta de difusión de la Ley N° 26.710 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en concordancia con la Ley N° 26.529 de los “Derechos del Paciente” que garantiza a todas las personas con capacidad biológica de gestar: **asistencia sanitaria, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía e información sanitaria**. Si bien el conocimiento de las usuarias que pueden abortar se conoce, lo que desconocen las usuarias es los derechos sobre las que están amparadas. En Argentina abortar no solo es un derecho, si no que nuestra normativa nos asegura estándares de calidad de atención a todo el que se presente ante el sector público, privado o de obra social.

Ante el miedo, la falta de conocimiento de conocimiento sobre estándares de calidad y la falta de información. Consultamos a las usuarias sobre si recurrirían al Hospital para abortar. La gran mayoría optaría por acudir a un servicio de salud público. Las razones para elegirlo varían: **“Porque es más seguro” (usuaria de 20-25 años); “Para que garanticen mis derechos” (usuaria de 20-25 años); “Porque siempre saben qué hacer mejor que una” (usuaria de 32-37 años); “Porque no tengo para pagar y porque hay**

médicos que saben cómo hacerlo” (usuaria de 38-43 años) “Porque en internet vi muchas cosas falsas” (usuaria de 14-19 años); “Me brindarían el conocimiento y la ayuda necesaria para no correr ningún riesgo” (usuaria de 38-43 años); “Porque es lo que corresponde de acuerdo a la ley y es lo más seguro para mí también. Tengo las herramientas y los conocimientos para hacer cumplir la norma y acceder a un aborto gratuito en un servicio de salud” (usuaria de 32-37 años).

Menos del 1% de las mujeres que abortarían lo harían por su cuenta. Las razones son *“Muchas veces los centros públicos no quieren darte buena información, pagaría” (usuaria de 14-19 años); “Porque siempre me maneje sola” (usuaria de 44-49 años); “Para que nadie se entere” (usuaria de 14-19 años).* Una sola encuestada aclaró que lo haría en un centro privado para *“que no le hagan muchas preguntas”.*

Notamos la falta de conocimiento de las usuarias sobre que las personas con capacidad biológica de gestar tenemos derechos a la hora de abortar. Es por ello que preguntamos: **“Si una mujer decide abortar porque quedó embarazada a causa de una violación o el embarazo pone en riesgo su vida y su salud: a) ¿Qué servicios consideras que debe ofrecer el Hospital? ¿Cómo la deberían atender?”**

La mayoría de las usuarias señala que es necesario contar con una respuesta integral por parte del sistema público de salud chaqueño, entre ellos, se destacan los siguientes comentarios:

“Deben atenderla bien” (usuaria de 32-37 años); “Toda la que esté disponible, médica y psicológica” (usuaria de 14-19 años); “Deberían atender su salud mental y física, no juzgarla y respetar su decisión” (usuaria de 32-37 años); “Acompañarla a que tenga ese bebé como cualquier embarazo. Si es o no violación lo definirá la policía” (usuaria de 20-25 años); “Brindarte información, contención, seguridad, ayuda, y que pueda estar segura y llevar a cabo su decisión” (usuaria de 26-31 años).

La **Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo F.A.L** ha establecido una serie de estándares para la atención de abortos permitidos por la ley: la necesidad de no judicializar estos casos, la obligación de los profesionales de brindar asistencia sanitaria cuando enfrentan una consulta de este tipo, la violencia institucional que supone la intervención de Comités de Ética o Bioética o de cualquier **barrera médico-burocrática predispuesta desde el Sistema de Salud que genere dilaciones innecesarias o impida la práctica de aborto.** A la par, aclaró la obligación del Estado, como garante del acceso a la salud pública, de garantizar este tipo de prestaciones médicas que son lícitas o legales *“en tanto que despenalizadas”* en todas las Instituciones.

Eses mismo fallo indica que los abortos permitidos por la ley deben estar disponibles en todo momento en los Servicios de Salud, ante ello nos llama la atención que surgió de forma reiterada entre los diferentes profesionales de la salud

entrevistados la sobrecarga que ello les conlleva, ya que los mismos efectores son quienes ocupan sus días y horarios en diferentes servicios, algunos días asisten a CIC o CAPS de la zona, y los demás días libres cumplen días y horarios en los Hospitales, de la misma localidad o de localidades aledañas.

Recordemos que negar atención médica es violencia institucional, obstétrica y contra la libertad reproductiva en los términos de la Ley 26.485 art. 6 inc. d), e) y b), sobre lo cual nos explayaremos en los siguientes puntos.

A las mujeres encuestadas se les consulta si agregarían algo más al final de cada diálogo. Una mujer con diversas trayectorias en su derecho a decidir, tanto dentro como fuera del sistema de salud, agregó un pedido: “Se debería eliminar la objeción de conciencia, ya que si un médico decide trabajar en salud pública es su obligación cumplir con los derechos de todos los que atiende.”

Frente a la pregunta **¿Qué métodos conoce para provocarse un aborto?** las usuarias manifestaron conocer: pastillas, legrado, yuyos, accidentes provocados, ajeno, mecánica, hierbas medicinales, productos químicos, misoprostol, golpes en el vientre, uña de pato, ibuprofeno y perejil, oxaprost, ajuga y sangrado, tallo, jengibre. Muchas manifestaron no conocer, los métodos ajenos a los servicios de salud son los más repetidos entre las usuarias.

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

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

- **Privacidad:** todo lo que ocurre en la consulta con el profesional de la salud es privado. Ningún integrante del equipo de salud puede brindar datos, ni mucho menos la Historia Clínica de la paciente. Al asegurar la privacidad respeta la intimidad, dignidad humana, autonomía de la voluntad, y, sobre todo la confidencialidad.

- **Confidencialidad:** el personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Además, debe informar en la consulta que la confidencialidad está garantizada y esta alcanzada por el secreto médico. Todo el equipo de profesionales que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o tenga acceso a ella, debe respetar la confidencialidad.

- **Autonomía de la voluntad:** deben respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus Derechos Reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas

a juicios de valor concernientes a consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud.

- **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 con 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 todo los derechos comprendidos en la Ley de IVE.

- **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.

f. ¿Qué sabe el personal de salud sobre la consulta de aborto?

A la fragilidad de la ciudadanía 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 médico-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.



Se indagó con efectores del sistema público de salud su conocimiento en su etapa de formación sobre la atención de aborto y post aborto, frente a la pregunta: **“En su opinión ¿la Universidad aborda correctamente estos temas en su currícula de grado a la hora de la formación de grado? ¿En qué materias?”** quienes manifestaron:

- “La formación fue garantizada por el Programa de Adolescencia y salud reproductiva. En la Universidad es insuficiente. Muchas veces, con la gestión anterior, se ha profundizado en las capacitaciones, hoy eso no existe. Muchos médicos suelen consultar qué hacer o no bajo determinadas situaciones.” **(Médica)**.
- “Las capacitaciones constantes para los profesionales de la salud era una buena práctica porque permitía mayor circulación de la información para garantizar.” **(Médica)**.
- “No, ni se dan esas materias.” **(Obstetra)**
- “No, no se aborda correctamente en salud familiar” **(Médica)**
- “No, no se aborda. Tuve que hacer formaciones aparte en MAC e IVE/ILE” **(Obstetra)**
- “Yo no creo que se aborde en las universidades de por acá. Lo tratan, pero superficialmente en la de medicina. En la tecnicatura en obstetricia se

aborda con poca profundidad. Nosotras aprendimos en las capacitaciones de SSyR.” **(Obstetra)**

- De manera puntual la UNCAUS (Universidad del Chaco Austral) nos llama para charlas sobre diferentes temas de SSyR y poner en discusión con los alumnos.” **(Médico)**

La falta de conocimiento de los profesionales en cuenta a su paso por la Universidad pública o privada, demuestra por un lado que nuestras universidades no ponen el foco en los Derechos Sexuales, Reproductivos y No Reproductivos. Los integrantes de los equipos de salud entrevistados señalan haber recibido formación a través de capacitaciones, incluso los objetores: *“Solo sé que todos los profesionales e incluso los objetores reciben las capacitaciones correspondientes, hay capacitaciones específicas para objetores sobre cómo deben proceder.”*

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:

“Ley 2038 G que aprueba la aplicación en toda la provincia de la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación-Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSS y PR)” **(Integrante del equipo de salud de Resistencia).**

Frente a la pregunta **¿Qué tipo de acciones deberían llevarse a cabo para garantizar los abortos permitidos por la ley en la provincia?:**

“Más consultorios para que garanticen la práctica, sobre todo en el interior. También es necesario mayor difusión en las instituciones educativas.” **(Integrante del equipo de salud de Resistencia).**

“Mayor acceso en atención primaria de la salud” **(Integrante del equipo de salud de Resistencia).**

“Capacitarnos” **(Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).**

“Trabajar siempre en red. Así hacemos acá” **(Integrante del equipo de salud de SiAPA).**

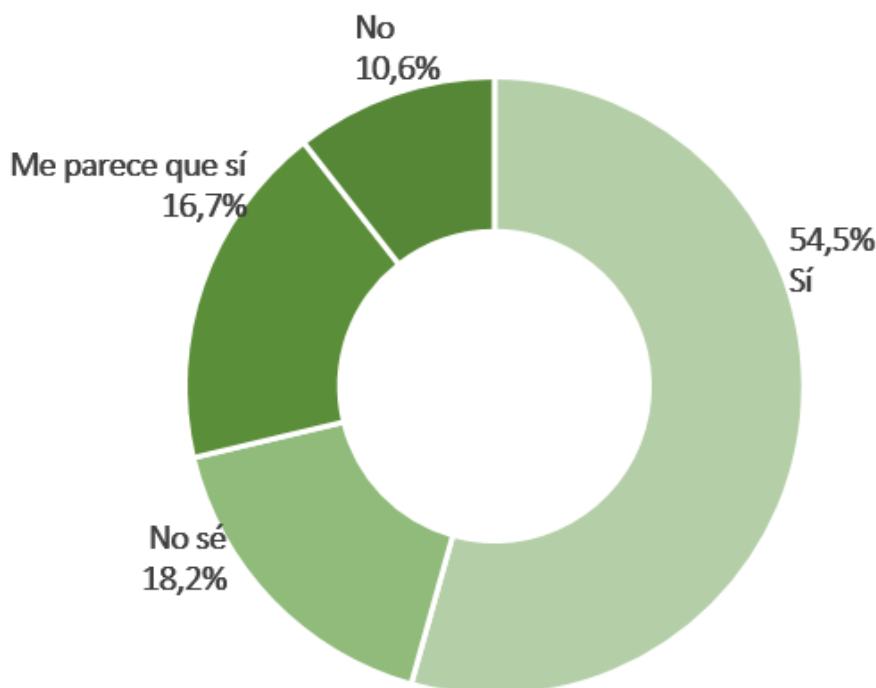
“Mayor difusión y evaluar la edad gestacional” **(Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).**

“No se debería permitir” **(Integrante del equipo de salud de Nueva Pompeya).**

g. Objetores 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.

¿Puede negarse un médico?



Se destacan los **siguientes comentarios**: “Ponen de excusa la religión, pero después lo hacen igual en clínicas” (usuaria de 26-31 años); “Están para salvar vidas, no matar” (usuaria de 38-43 años); “El que es religioso puede elegir no hacerlo” (usuaria de 14-19 años); “Pueden tener sus motivos y tienen derecho” (usuaria de 44-49 años); “Porque tienen que respetar sus decisiones” (usuaria de 38-45 años).

La “**objeción de conciencia**” se encuentra presente en la Ley 27.610 como un derecho, 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.

La objeción de conciencia institucional está descartada por ley. El art. 11 de la Ley de IVE, prevé que en el caso de que a nivel institucional no cuenten con un profesional que asegure la práctica debe derivar de manera temporánea, oportuna y sin dilaciones a otra institución que cuente con personal para interrumpir un embarazo. Y si existieran costos para realizar la derivación, serán a cargo del efector que deriva y jamás del paciente.

Hablamos con los equipos de salud sobre los objetores de conciencia en Chaco, ante ello se destacan los siguientes comentarios en **entrevistas en profundidad**:

“No pueden ser todos los profesionales objetores de conciencia porque se vulneran derechos.” (Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“En Castelli, por ejemplo, se garantiza con una sola médica que realiza la práctica. Todo el servicio de tocoginecología de ese hospital son objetores” (Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).

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?** la respuesta fue desconocimiento. Una persona contestó: *“No se maltrata a nadie por su decisión, por lo tanto no se toma ninguna medida” (Integrante del equipo de salud de Nueva Pompeya).*

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?** se destacan las siguientes respuestas:

“No estigmatizan, tampoco muestran simpatía.” (Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“En algunos casos, sí.” (Integrante del equipo de salud de Resistencia).

“No. Entiendo que en este momento no” (Integrante del equipo de salud de SiAPA).

“Antes recibíamos muchos comentarios negativos, eso disminuyó. Pero hasta el año pasado traía situaciones complejas” (Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).



h. Violencia institucional en la atención de abortos

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 **violencia institucional**.

Ley 26485, Art.6 inc. d) “Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.” Dcto. 1011/10 Inciso d). Configura violencia contra la libertad reproductiva toda acción u omisión proveniente del personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud, o de cualquier particular como cónyuges, concubinos, convivientes, padres, otros parientes o empleadores/as, entre otros, que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos, el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos. Específicamente incurrir 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”**.

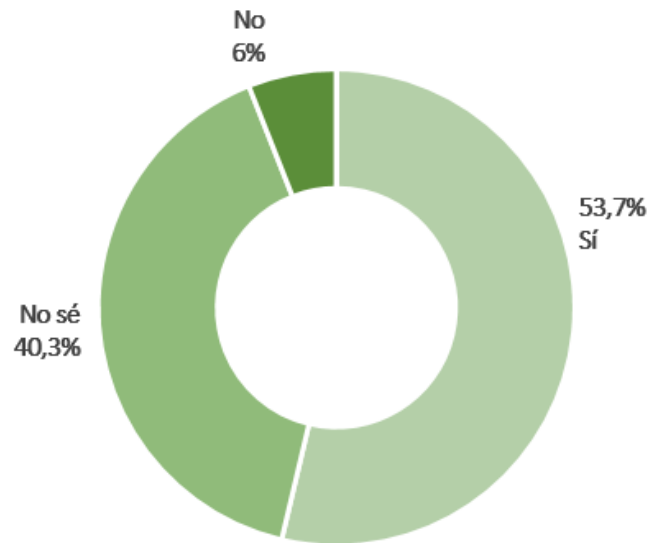
La Ley 26485. art. 6 inc. e) “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales de conformidad con la Ley 25.929”. Según el Dcto. 1011/10 “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”**.

La Ley 26485, art. 6 inc. b) “Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil”.

5 de cada 10 usuarias encuestadas reconoce que cuando una mujer asiste al sistema público de salud solicitando una IVE puede sufrir maltrato por parte del personal del mismo.

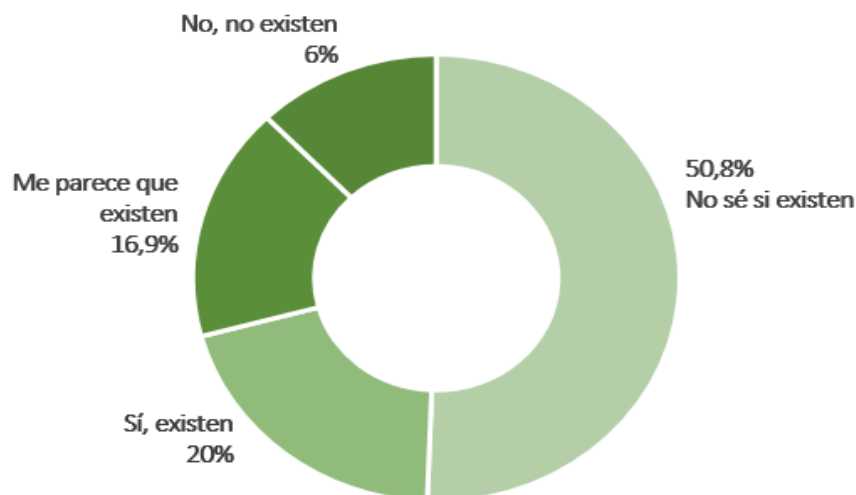
Asimismo, hay quienes continúan afirmando en un **12%** que podrían sufrir algún tipo de afectación a su integridad física cuando se realizan un aborto. La OMS (2022) en “Directrices sobre la atención para el aborto Resumen ejecutivo” establece que “La condición jurídica del aborto no afecta a la necesidad de una mujer de abortar, pero sí a su acceso a un aborto seguro. Entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos, lo que equivale a entre 13.865 y 38.940 muertes causadas anualmente por la imposibilidad de practicar un aborto seguro.”

Violencia de género por maltrato profesional



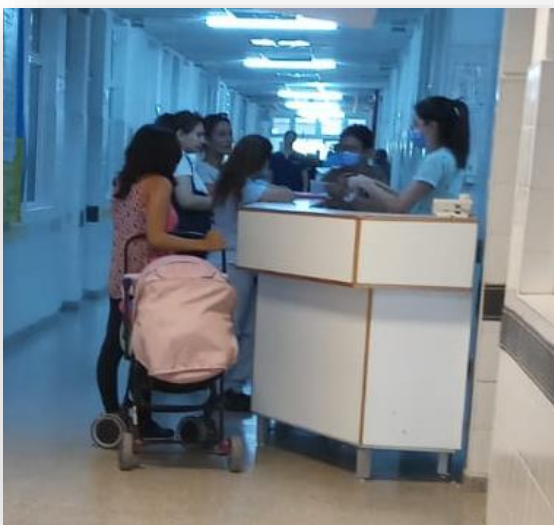
Si bien **5 de cada 10** de las usuarias encuestadas considera que pueden ser maltratadas cuando asisten a los Centros de Salud para solicitar un aborto, solo **2 de cada 10** conoce que existen sanciones para el personal que se niegue a realizar un aborto permitido por la ley.

Sanciones por obstaculizar



5 de cada 10 de las usuarias encuestadas conoce a alguna persona con capacidad biológica de gestar que abortó y **1 de cada 10** piensa que debería estar presa quien abortó, como consecuencia del aborto practicado.

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?” 1 de cada 10 encuestadas respondieron que no acudirían al Hospital.



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

En este sentido, consultamos a los profesionales del sistema de salud en **entrevistas en profundidad**, sobre las consultas postaborto se expresaron de la siguiente manera:

“Existen consultas de consejería post-aborto. Siempre se garantiza” (Integrante del equipo de salud de Resistencia)

“Se realizan en el mismo consultorio de IVE” (Integrante del equipo de salud de Resistencia)

“Tenemos seis servicios en toda la provincia” (Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).

“Yo entiendo que no lo tenemos. Lo que sí sucede es que se hacen controles postaborto” (Integrante del equipo de salud de SiAPA).

“Sí hacemos” (Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).

El **53,2%** de las usuarias encuestadas conoce a alguien, ya sea su amiga, prima, hermana, tía, sobrina o simplemente conocida, que se haya practicado un aborto, y el **10%** entiende que esa persona debería estar presa. El **24%** respondió de diferentes maneras no está segura si existen o no sanciones para quien aborta, con lo cual la difusión de la Ley 27.610 tampoco puede considerarse adecuada entre la población en edad reproductiva, y en especial, entre quienes pueden resultar perseguidas penalmente.

Los efectores del sistema de salud en **entrevistas en profundidad** frente a la pregunta **“¿Cambió algo con la sanción de la Ley 27.610 que autoriza la interrupción voluntaria del embarazo?”** nos contaron:

“Sí porque permitió el libre acceso y que los profesionales se formen como así también se organicen consultorios especializados para intervenir, que antes no existía. El servicio mejora año a año.” (Integrante del equipo de salud de Resistencia)

“Aumentaron las demandas” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“Sí, tenemos acceso más rápido” (Integrante del equipo de salud de El Sauzalito).

“Cambió en cuanto a la decisión y el no temor para solicitarlo” (Integrante del equipo de salud de CAPS Curishí).

“Sí, cambió mucho. Antes éramos señalados y sentíamos temor. Hoy eso cambió” (Integrante del equipo de salud de Sáenz Peña).

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".

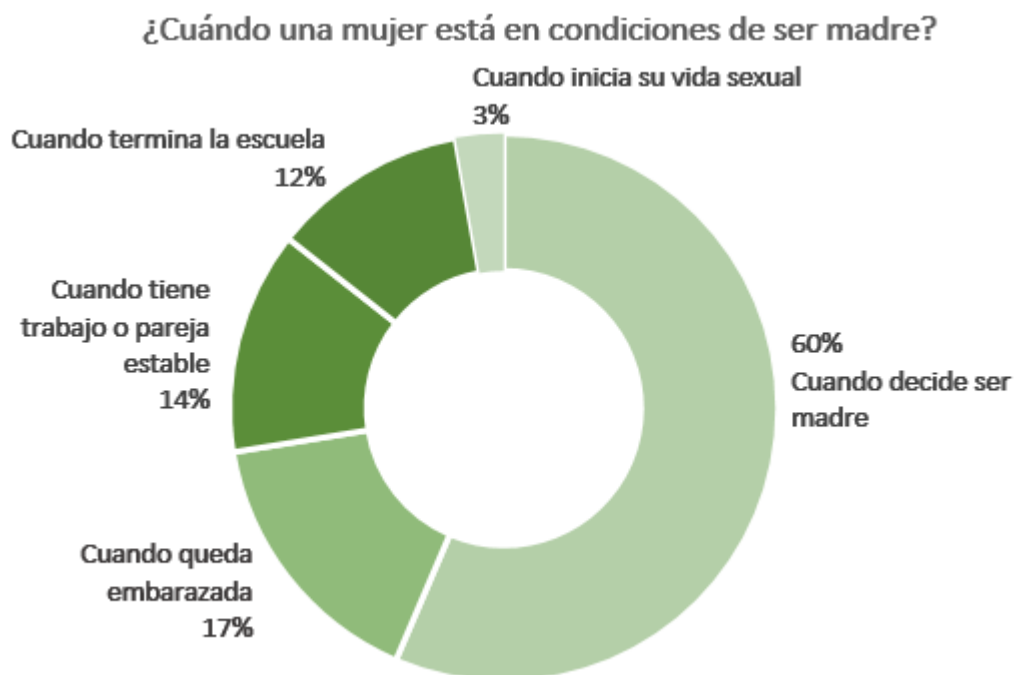
Es importante que las Obras Sociales garanticen IVE e ILE cumpliendo con los estándares de buenas prácticas para la atención, no solo porque así lo establece el art. 12 de la mencionada Ley, sino porque así se evitará que aquellas usuarias que posean cobertura no se vean obligadas a recurrir al sistema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

9. CIUDADANÍA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

6 de cada 10 chaqueñas encuestadas reconoció haber cursado algún embarazo no planificado y el **90,2%** aseguró haberlo llevado a término. En esta línea, resulta necesario recordar que **8 de cada 10** de esas mujeres nos contó que usó alguna vez un MAC, pero **sólo el 60% lo hizo antes del primer embarazo**.

También **5 de cada 10** señalaron no conocer la IVE.

Por ello que nos pareció importante profundizar sobre **¿Cuándo una mujer está en condiciones de ser madre?**



Los números nos muestran que **6 de cada 10** de las usuarias respondieron **“Cuando decide ser madre”**.

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

¿Hasta qué punto una niña, adolescente, mujer o persona gestante decide libremente ser madre si no conoce que tiene derecho a no serlo mediante el control de la natalidad? Allí la importancia central de la ESI y una atención respetuosa de la autonomía progresiva en los Servicios de Salud.

¿Cómo una usuaria de cualquier edad que acude a un Servicio de Salud conocerá conoce cuáles son sus derechos si el personal de salud le retacea información sanitaria? Allí la importancia de la adecuada capacitación y evaluación del personal de salud en un enfoque basado en derechos y respetuoso de las obligaciones que rigen para el ejercicio de las profesiones de la salud. **¿Cómo implementa el Estado la política pública del derecho a decidir si no tiene la cantidad de efectores necesarios para satisfacer las necesidades de todas las usuarias chaqueñas?** Es imperioso descargar las espaldas de quienes sostienen de manera desproporcionada el acceso a la ILE y a la IVE, sin ningún tipo de reconocimiento y afrontando el estigma social.

¿Cómo se supera el desabastecimiento de insumos en momentos donde los recortes sociales forman parte del guión político cotidiano? Una usuaria sin información y sin MACs no es libre y es responsabilidad del Estado la restricción de su soberanía sexual.

¿Con qué herramientas podrá superar una mujer el déficit en su educación sexual si no hay insumos en los centros asistenciales y les profesionales que la atienden no le brindan información sanitaria clara, veraz, completa, basada en la evidencia científica y acorde a sus competencias? Allí la importancia de la información sanitaria basada en la evidencia científica y la centralidad de la ESI como vectores de una vida libre de violencias.

¿Cómo podrán las chaqueñas decidir ser madres sin información y sin anticoncepción? Si el Estado no difunde la Ley 27.610, y con ello, la legalidad del aborto ¿Cómo sabrá una mujer que es una opción terapéutica válida? ¿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, mujer o persona con capacidad biológica de gestar que desconoce qué derechos tiene? ¿De qué vale conocer los derechos, si el Estado restringe su ejercicio?

Dejamos abiertas estas preguntas que reafirman la necesidad de incorporar un enfoque de género e interseccionalidad en la atención sanitaria. Y con ello, la obligación estatal de erradicar todo tipo de prácticas y toda clase de discursos que desconozcan, más o menos veladamente, el derecho a decidir.

10. RECOMENDACIONES

1) Realizar capacitaciones obligatorias para efectores de salud sobre la Ley 27.610 en todos los territorios de la provincia y con agentes locales.

2) 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.

3) 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.

4) Garantizar una atención sanitaria laica, libre de la presión de creencias personales de los profesionales objetores de conciencia.

5) Erradicar el estigma y la sobrecarga laboral de los profesionales que garantizan la IVE/ILE en una planta de agentes donde representan un número significativamente menor.

6) 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.

7) 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.

8) Desarticular los obstáculos médico-burocrático que superponen vulnerabilidad en virtud de las barreras geográficas.

9) Impulsar el funcionamiento de la potestad sancionatoria de la Administración para responsabilizar a los efectores que violen los derechos de las usuarias y ejerzan violencia en la atención gineco – obstétrica.

10) 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.

11) 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.

12) 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.



MxM
fundación



caleisdocópica
editorial feminista y diversa



ISBN 978-631-91459-0-8



9 786319 145908