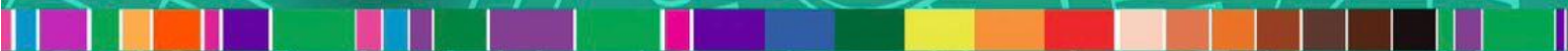




MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

 SANTIAGO
DEL ESTERO





MONITOREO FEMINISTA ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

 **SANTIAGO**
DEL ESTERO



Deza, Soledad

Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto : Santiago del Estero 2 / Soledad Deza ; Contribuciones de Martina Palavecino Bó ; Editado por Florencia Sabaté. - 1a ed. - San Miguel de Tucumán : Mujeres X Mujeres, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-91459-2-2

1. Aborto. 2. Anticoncepción. 3. Acceso a la Salud. I. Palavecino Bó, Martina , colab. II. Sabaté, Florencia , ed. III. Título.

CDD 363.46

INDICE

1. ¿QUIÉNES SOMOS?	6
2. METODOLOGÍA.....	7
3. RESUMEN EJECUTIVO	10
4. EL DERECHO A DECIDIR EN EL CONTEXTO SANTIAGUEÑO.....	11
5. LAS USUARIAS SANTIAGUEÑAS	14
6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)	22
i) ¿Qué saben las usuarias santiagueñas sobre MAC?.....	22
ii) Principales barreras u obstáculos para el acceso a MAC	39
iii) Información gráfica sobre derechos sexuales y reproductivos	40
7. Abortos permitidos por ley	41
A. Causal salud (ILE)	41
B. Causal violación (ILE).....	44
C. ¿Dónde se garantiza el aborto en Santiago del Estero?.....	47
D. Aborto e información sanitaria.....	49
E. Circuitos sanitarios de ILE e IVE	51
F. ¿Qué sabe el personal de salud sobre la consulta de aborto?	57
G. Objetores de conciencia y aborto	59
H. Violencia institucional en la atención de abortos	61
8. ¿Qué pasó en el sector privado después de la sanción de la Ley 27.610?	65
9. Ciudadanía sexual y reproductiva.....	67
10. Recomendaciones.....	70

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.



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 Santiago del Estero.

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) Evaluar si la consulta de interrupciones legales de embarazo y de salud reproductiva (planificación familiar) se inscriben en el imaginario social como una prestación protegida por derechos y 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 **76 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 **entrevistas con informantes de diversas áreas (personal de salud, investigadores y miembros de la sociedad civil)** pudimos recabar información sobre el funcionamiento de los servicios de salud, acceder a una historización de los derechos sexuales y reproductivos en la provincia y conocer desde las fuentes los obstáculos que se interponen entre las usuarias y el acceso a la justicia reproductiva.

Las **observaciones** se hicieron de manera **participante y no participante** según si la monitorea tomó o no el lugar de usuaria para transitar algunos recorridos dentro del Sistema Sanitario de Salud Pública. Se escogieron para ello Instituciones de 1, 2 y 3 nivel de atención en distintos puntos geográficos de la provincia: **Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”, Centro Integral de Salud La Banda “Dr. Ricardo ‘Pololo’ Abdala, Centro de Salud “Mama Antula”, Hospital Independencia, UPA N°16 Bº Campo Contreras, Centro Integral de Salud Termas de Río Hondo (CIS Termas)**

Referencias para la lectura del insumo:

- Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo” (Regional)
- Centro Integral de Salud La Banda “Dr. Ricardo ‘Pololo’ Abdala (La Banda)
- Centro de Salud “Mama Antula” (Mama Antula)
- Hospital Independencia
- UPA N°16 B° Campo Contreras (UPA Campo Contreras)
- Centro Integral de Salud Termas de Río Hondo (CIS Termas)

Equipo de trabajo

●Coordinación General:

Soledad Deza

●Diseño y adecuación local de los instrumentos de monitoreo:

Soledad Deza (Abogada)

Adriana Alvarez (Médica tocoginecóloga)

●Equipo interdisciplinario en la recolección de datos:

Florencia Sabaté – Licenciada en Letras

Malena Gato – Abogada

Julieta Flores – Médica

Martina Palavecino Bó – Licenciada en Letras

Milagros Segura – Estudiante de Trabajo Social

●Elaboración del Insumo:

Soledad Deza – Martina Palavecino Bó

●Diseño de tapa:

Karime Kandalaft



3. RESUMEN EJECUTIVO

6 de cada 10 encuestadas no completaron la educación obligatoria.

5 de cada 10 encuestadas cursaron un embarazo no planificado.

8 de cada 10 encuestadas usaron alguna vez un MAC, pero el 44,9% no lo hizo antes de su primer embarazo.

Solo 2 personas de todas las 76 encuestadas conocen que su pareja puede hacerse una vasectomía.

Solo 5 personas de todas las 76 encuestadas conocen los requisitos para acceder a una ligadura tubaria.

2 de cada 10 encuestadas pudieron acceder a MACs sin negativas. Al resto se les niega por **falta de insumos en los servicios**. La mayoría de las usuarias reconocen esto como un **problema reciente**.

1 de cada 10 encuestadas recibió información sobre el Zika en una consulta ginecológica.

6 de cada 10 encuestadas saben que pueden sufrir violencia de género en la atención sanitaria.

6 de cada 10 encuestadas conocen la existencia de una ley que les permite abortar por su propia decisión.

1 de cada 10 encuestadas no sabe que puede 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.

1 de cada 10 encuestadas sabe que la edad gestacional para abortar es hasta la semana 14.

8 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.

6 de cada 10 encuestadas creen posible que los profesionales pueden negarse a atender su consulta de aborto. **Todas** refieren que esto puede ser por motivos religiosos. Varias usuarias aluden que estos motivos desaparecen cuando el procedimiento se paga en privado.

4 de cada 10 encuestadas conocen a alguien que abortó.

10 encuestadas abortaron. Todas las encuestadas refieren haber recibido información por parte de un médico o enfermero. 3 de ellas refiere haber recibido también información por parte de una trabajadora social. 2 de ellas se sintieron juzgadas por su decisión.

4. EL DERECHO A DECIDIR EN EL CONTEXTO SANTIAGUEÑO

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 de medidas que aseguren que la mujer rural tenga *“acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.”* Finalmente, el Protocolo de San Salvador estipula en su artículo 10: *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”* El Protocolo de San Salvador (PSS) por su parte, contiene un reconocimiento de los Estados firmantes de la salud como *“bien público”* y la obligación asumida de garantizar su disponibilidad para todas las personas sujetas a la jurisdicción de cada Estado.

A nivel nacional en el año 2002 se sancionó la Ley 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.



En Santiago del Estero durante 2022 se registraron los siguientes datos sobre la provisión de IVE/ILE y el estado de sus efectores:

- La provincia de Santiago del Estero informó que se realizaron un total de 1417 Interrupciones Voluntarias o Legales del Embarazo.
- La provincia contó con 8 efectores del sistema público de salud que las llevaron a cabo.
- Se gestionó formalmente el traslado de una persona de Santiago del Estero a otra jurisdicción para garantizar la provisión de servicios de IVE/ILE.

En 2022, autoridades provinciales de Santiago del Estero, incluyendo la Ministra de Salud, participaron en reuniones y capacitaciones con la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) sobre la implementación de la Ley 27.610. También se realizaron encuentros de actualización sobre "Atención posaborto y anticoncepción inmediata posevento obstétrico" en Santiago del Estero en octubre de 2022.

El sistema de salud santiagueño, en los hospitales monitoreados (Regional, Independencia, Banda, CIS Termas), evidencia serias vulneraciones de derechos:

• **Violencia Obstétrica e Institucional:** Se han reportado múltiples denuncias por malos tratos, falta de respeto y prácticas deshumanizantes en el Hospital Regional. La negativa a realizar prácticas lícitas y la omisión de asesoramiento constituyen violencia contra la libertad reproductiva. Previa a la instancia de monitoreo nuestras informantes en el territorio advirtieron que la reciente intervención¹ del Hospital Regional, el centro médico de mayor complejidad en la provincia, iba a surgir en el imaginario social y en la hipervigilancia institucional respecto a los derechos sexuales y reproductivos. Se realizaron múltiples denuncias por violencia obstétrica, mala praxis, muertes y padecimientos severos de las mujeres en trabajo de partos, lo que derivó en la intervención. Estos hechos, según las usuarias encuestadas, siguen sucediendo.

• **Vigilancia y Control:** Se observa una notable presencia policial y vigilancia constante (cámaras de seguridad, personal de guardia) en hospitales como el de La Banda y el CIS de Termas de Río Hondo, lo que impacta negativamente en la confidencialidad y la autonomía de las usuarias.

• **Foco en la Maternidad:** Las instituciones, en lugar de centrarse en la salud integral y los DSR, enfocan sus esfuerzos y la información gráfica en la promoción de la maternidad y lactancia.

Relevamos con suma preocupación que el acceso a la información pública es hostil. Al consultar en Centros de Atención Primaria (UPA), encontramos un enraizado oscurantismo en la información pública. En estos espacios no se nos permitió pedir información y hasta nos tomaron fotografías sin nuestro consentimiento.

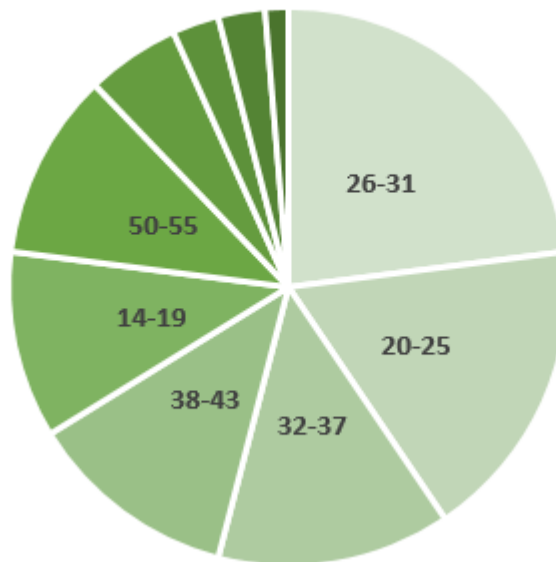
En resumen, aunque la provincia registra procedimientos de IVE/ILE tras la ley de 2020, el acceso está profundamente segmentado y obstaculizado. Las mujeres santiagueñas y personas gestantes enfrentan un sistema de salud que, en muchos casos, actúa como un "principal obstaculizador" debido a las grandes distancias, la falta de información y la resistencia ideológica de los directivos y profesionales.

¹ Esta intervención fue comunicada al equipo monitoreante previo al trabajo de campo en Santiago del Estero por nuestras informantes, en particular aquellas que son profesionales de la salud. Las denuncias públicas de violencia obstétrica que habrían dado lugar a la intervención pueden ser encontradas aquí: <https://visionsantiago.com/el-estado-presente-zamorista-denuncian-violencia-obstetrica-y-mala-praxis-en-el-hospital-regional/>. Algunos relatos sobre violencia obstétrica en Santiago del Estero pueden consultarse en: <https://losderechosnoseaislan.com.ar/historias/santiago-del-estero>

5. LAS USUARIAS SANTIAGUEÑAS

La mayoría de las encuestadas son mujeres con un rango de edad entre los 13 y 64 años, el grupo etario más numeroso fue entre 26 y 31 años.

Edad de las encuestadas



El 50 % no completó su educación formal obligatoria.

Nivel de estudios alcanzado



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 Santiago del Estero no tiene un trabajo remunerado. En ambos tipos de encuestas, el 62,5% de las mujeres encuestadas señalan **no tener un empleo remunerado**.

6 de cada 10 usuarias señalan que no tienen un empleo remunerado. Dentro de las que sí perciben ingresos las cifras son dispares. La mayoría trabaja en condiciones precarias, principalmente empleo doméstico o venta ambulante.

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 43,3% de usuarias del sistema de salud que son beneficiarias de un programa social, el **63%** perciben la Asignación Universal por Hijo – AUH –; un **14.8%** tienen el Certificado Único de Discapacidad, y, en mismo término, pensión para madres de siete hijos. En menor número, pero aún presente, se encuentran el plan Volver al Trabajo, Potenciar Empleo y ProgresAR.

Es decir que un **43,3% de las usuarias** que asisten a los Hospitales de la provincia de Santiago del Estero acceden a los servicios públicos necesitan apoyo del Estado para desempeñar sus actividades diarias. Esta cifra no está lejos del 45% que obtuvimos en el monitoreo en la provincia durante 2018. Es decir, la proporción de mujeres que dependen de planes sociales en el sistema de salud pública es un indicador estable de un entorno de alta vulnerabilidad. Aunque los años han pasado, el indicador continúa estable, indicando que, para las usuarias del sistema, la necesidad de apoyo económico estatal sigue siendo una realidad persistente.



Familia y vínculos sociales de las usuarias santiagueñas:

Casi 6 de cada 10 usuarias encuestadas indican tener hijos/as o familiares a su cargo.

El número más alto de familiares a cargo reportado es 8 (correspondiente a una usuaria con 7 hijos y una nieta, y otra usuaria con 8 hijos).

El mayor porcentaje corresponde a **usuarias a cargo de cinco o más personas**. El segundo mayor porcentaje corresponde a **usuarias a cargo de dos personas**.

El tercer mayor porcentaje corresponde a **usuarias a cargo de una persona**.

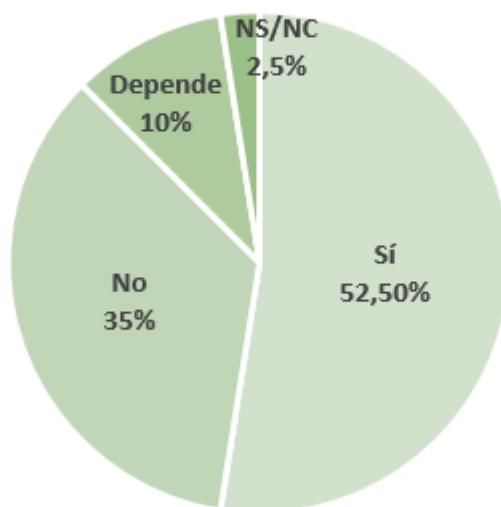
Los hogares con cuatro personas a cargo y tres personas a cargo representan cada uno un 12.9.

Al momento de la recolección de datos, la mayoría de las encuestadas (N=57) reportó tener pareja conviviente, seguido de cerca por quienes no tienen pareja. Casi la mitad de las encuestadas (49.12%) cuenta con pareja conviviente. El 43.86% indica no tener pareja. Solo el 7.02% indicó tener pareja no conviviente.

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

5 de cada 10 usuarias encuestadas identifica que niños y adolescentes **no** pueden asistir sin progenitores a una consulta sobre salud sexual y reproductiva.

Consulta de Salud Sexual para Niñas, Niños y Adolescentes



Se destacan **los siguientes comentarios a favor de la autonomía progresiva**: *“Sí, porque a veces frente a los padres no se animan a hablar” (usuaria de 25)*; *“Porque es un tema privado” (usuaria de 31)*; *“Sí, porque si no pueden juzgar” (usuaria de 26)* *“Porque ahora empiezan su vida sexual desde chicos” (usuaria de 37)*.

En torno a la negativa, las usuarias afirman lo siguiente: *“No, es responsabilidad de contención de quien esté a su cargo” (usuaria de 25)*; *“Porque yo quiero acompañarlos, aunque sean varones” (usuaria de 31)*; *“Deben ir con su mamá porque si son menores no pueden atenderlos solos” (usuaria de 39)*; *“Porque nunca sabés quién es el médico” (usuaria de 19)*.

Según los datos analizados, la edad que las usuarias consideran adecuada para que una persona pueda solicitar información sobre métodos anticonceptivos o temas de salud sexual varía, pero la edad sugerida se mantiene alrededor de los 12 o 13 años.

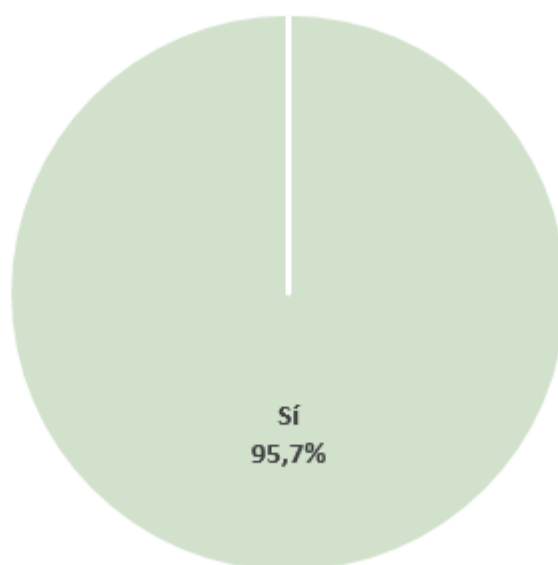
Sin embargo, algunas usuarias encuestadas señalaron que no deben entrar sin supervisión o permiso siendo menores. Debe ser a partir de los **18 años, es decir desde que adquieren mayoría de edad para nuestra legislación vigente**.

Aunque la edad media para buscar información es baja, la opinión de las encuestadas sobre la edad mínima para decidir un aborto (un acto que implica autonomía plena en temas de salud reproductiva) tiende a ser más alta, vinculándose con la mayoría de edad o la madurez.

En 2018, la edad media considerada para recibir información sobre salud sexual era de 14 años. En 2025, esta edad se reporta como media alrededor de los 12 o 13 años.

A la pregunta **¿Considerás que en la Escuela deben recibir ESI?** las usuarias reconocieron la importancia de la ESI en las aulas, es así, que prácticamente la totalidad de las usuarias considera que les educandes deben recibir Educación Sexual Integral.

Recibir ESI en la escuela



Una encuestada indicó que la ESI es necesaria "*Porque no saben y quedan embarazadas por no recibir ESI en la casa*". Dos encuestadas mencionaron que la ESI es importante porque "*a veces frente a los padres no se animan a hablar*". Una de ellas indicó específicamente que en su colegio le daban ESI y MACS (Métodos Anticonceptivos). Una usuaria de 18 años también relató que en la escuela dieron folletos sobre métodos anticonceptivos.

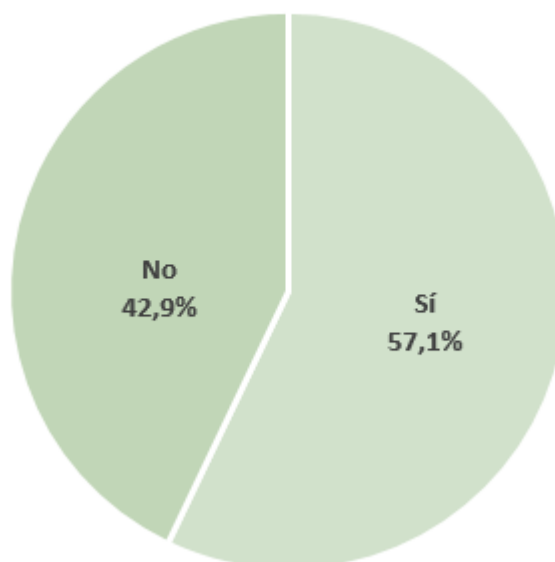
El análisis comparado de las opiniones de las mujeres encuestadas en 2025 y las de 2018 respecto a la Educación Sexual Integral (ESI) revela una constante y abrumadora necesidad de su implementación en el ámbito escolar, lo cual subraya la persistencia de la desinformación en la provincia.

Tanto en 2018 como en 2025, la aceptación de la ESI en las escuelas es casi universal entre las usuarias del Servicio Público de Salud. Esta similitud en los resultados (96% de acuerdo en 2018 y un consenso casi total en 2025) sugiere que, a pesar de los años transcurridos, las mujeres siguen viendo la escuela como un espacio fundamental para obtener información que el sistema de salud y los hogares no siempre proveen.

Una de nuestras informantes, profesional de salud, señaló que es esencial "salir fuerte con el tema de la ley en la educación" para que se entienda que el acceso a la salud sexual y reproductiva es un derecho. Una profesional de la salud señala que enseña sobre cuidados a todas las mujeres que atiende (para ellas y para sus hijas), incluso en contextos de alto riesgo, subrayando la importancia de esta educación, como parche para la falta de acceso a la ESI. Estas responsabilidades, sin embargo, no deben recaer en la buena voluntad de algunas profesionales.

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

Embarazo no planificado



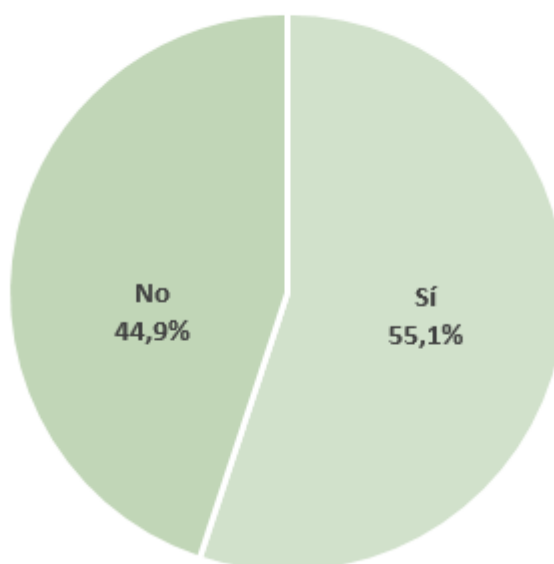
Aproximadamente el 81% de las encuestadas que reportaron un embarazo no planificado lo llevaron a término. El 18% de las encuestadas que reportaron un embarazo no planificado indicaron que lo interrumpieron. Durante el monitoreo algunas usuarias encuestadas comentaron haber accedido a una interrupción voluntaria del embarazo en los últimos años, así como también mujeres que se encontraban en los servicios realizando consultas para interrumpir sus embarazos.

Algunas respuestas detallaron situaciones donde el embarazo no llegó a término por otras causas (pérdida o muerte fetal) o donde la interrupción fue negada por el servicio de salud, lo que no se incluye en el conteo de los embarazos llevados a término o interrumpidos de manera efectiva. Una usuaria inició el proceso para la interrupción y reportó que se le negó definitivamente porque pasó el tiempo gestacional permitido (16 semanas). Esta usuaria vivía a una hora de distancia en transporte, pagado por sus propios medios, del servicio en el que fue encuestada. Con siete personas a su cargo, sin fuente de ingresos y con una situación vincular inestable, comentó que una de sus principales barreras para acceder fueron la ecografía, la falta de atención apropiada en las UPAs y que, en el

servicio Centro Integral de La Banda a las mujeres del interior les dan turno a primera hora de la mañana para una interrupción, con conocimiento de que les es imposible acudir al turno. Esto confirma lo que nos mencionaron nuestras informantes en el territorio: los servicios dilatan las semanas de gestación a través de recursos institucionales y burocráticos que afectan desproporcionadamente a las mujeres más pobres.

En contraste con los resultados del monitoreo previo, los datos de 2025 muestran que 5 de cada 10 encuestadas (aproximadamente el 50%) que han tenido un embarazo conocían o usaron un MAC antes de su primera gestación. No obstante, la mitad de las encuestadas indicó que no conocían o no usaron ningún MAC antes de su primer embarazo.

MACS antes del primer embarazo



Aproximadamente el 78% de las encuestadas en 2025 indicaron saber que sí se puede acceder a métodos anticonceptivos de forma gratuita.

Pese a este conocimiento mayoritario sobre la gratuidad, existen obstáculos en la provisión real:

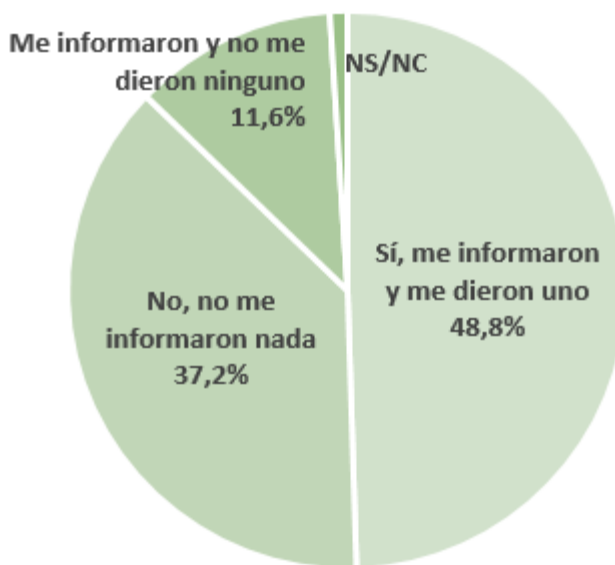
Varias encuestadas señalaron que, si bien es posible acceder gratuitamente, actualmente no hay métodos disponibles en sus centros de atención ("Ahora no hay, no tienen. Hay que comprarlos"; "Ahora no hay, así que compro por aparte", "Ahora en la UPA no están dando", "mezquinan anticonceptivos, no hacen entregas") o que la burocracia las obliga a comprarlos de manera privada. Resaltamos con alarma la temporalidad con la que hablan del acceso a métodos anticonceptivos.

Las usuarias conocen que es su derecho acceder a ellos de forma gratuita, organizan sus vidas para poder acudir a los servicios a pedirlos y **ahora** dejaron de encontrarlos. La obligatoriedad de tener que pagar por métodos anticonceptivos o buscar servicios privados por temor al maltrato o a la negación, recae desproporcionadamente sobre la población de escasos recursos, volviéndolas víctimas de violencia institucional y socavando su capacidad de ejercer su soberanía reproductiva.

Según la Ley N° 26.485, configura violencia contra la libertad reproductiva toda acción u omisión del personal de salud que se niega a brindar el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos.

El **48,8%** 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.

MACS antes del primer embarazo



A casi 4 de cada 10 usuarias no le brindaron ninguna información sobre métodos anticonceptivos después de parir ni le brindaron un MAC, tengamos en cuenta los datos arriba señalados: un **57,1% de las mujeres encuestadas atravesaron un embarazo no planificado.**

La noción de ciudadanía -entendida como “el derecho a tener derechos”² - 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*

² Arendt, Hannah (1998) “La condición humana”. Barcelona. Ed. Paidós.

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.”³

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.



³ 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)

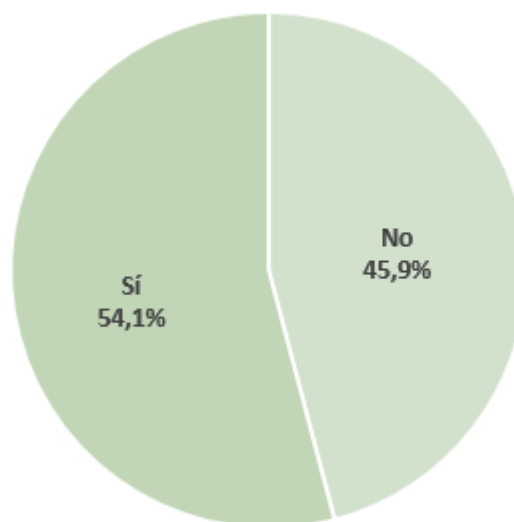
i) ¿Qué saben las usuarias santiagueñas sobre MAC?

En la encuesta se les proporcionó a las usuarias una lista de MAC, con la finalidad de indagar cuáles 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.

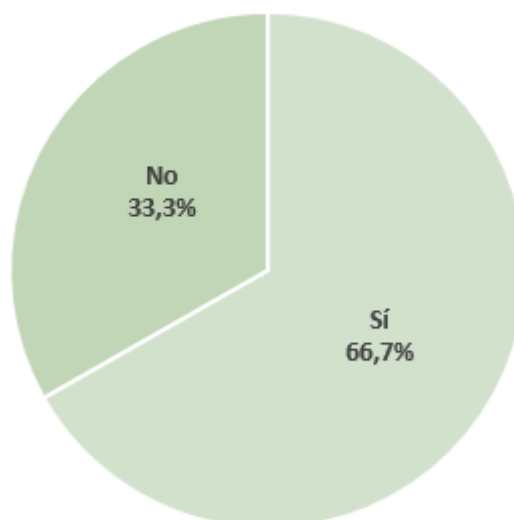
5 de cada 10 usuarias respondió saber que son los derechos sexuales y reproductivos, por lo que es notorio que **más del 78%** de las usuarias reconocen saber que tienen derecho a acceder a un método anticonceptivo de forma gratuita.

Derechos Sexuales y Reproductivos



El **66,7%** de las usuarias indica haber solicitado alguna vez un MAC. Sin embargo, antes de su primer embarazo solo **5 de cada 10** usuarias usaron un método anticonceptivo.

Solicitud de MACS



Las pastillas anticonceptivas son, por lejos, el método más utilizado, con un 65% de las elecciones. Este dato es similar al recolectado en 2018: ya era el método más popular, pero la frecuencia de su uso fue de un 43%.

En segundo término, encontramos la inyección mensual o trimestral, que utilizan o utilizaron un 24,5% de las usuarias. Luego aparece el implante subdérmico, con un uso del 18,4%, con el preservativo en cuarto lugar, con un 14,3%.

Por otro lado, indagamos cuál 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 **6 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, **5 de cada 10** usuarias manifestó haber usado alguna vez este método, y a **2** usuarias le fue explicado este método anticonceptivo en una consulta con un profesional de la salud. 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 profesional de la salud? Veamos qué ocurre con los demás métodos anticonceptivos.

La encuesta a las usuarias santiagueñas 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 pastillas anticonceptivas son los métodos anticonceptivos más conocidos por las usuarias, seguidos por el Anticonceptivo Hormonal de Emergencia.**

Respecto a los MAC menos conocidos por las usuarias se encuentran: pastillas anticonceptivas para la lactancia (**10%**), SIU Sistema de Liberación Intrauterina (**7%**) y preservativo femenino (**12%**).

Vasectomía

Aproximadamente 35% de las encuestadas en 2025 indicaron conocer, haber escuchado nombrar o saber cómo se utiliza la vasectomía.

Esta cifra contrasta marcadamente con los resultados de 2018, donde el 97% de las mujeres encuestadas respondió no conocer cómo funcionaba o de qué se trataba este MAC. En aquel monitoreo, solo el 3% de las usuarias reconocía la vasectomía.

A pesar de la mejora en el conocimiento general, la vasectomía sigue siendo uno de los métodos anticonceptivos menos conocidos en el contexto del amplio abanico de opciones que deben estar disponibles, como se detalla en las listas de métodos analizadas en las encuestas.

El dato más crítico revela que, a pesar de que la ley N° 26.130 establece la vasectomía como un procedimiento lícito con iguales requisitos que la ligadura tubaria, el personal de salud rara vez informa activamente a las mujeres sobre esta opción para sus parejas.

Más del 70% de las encuestadas reportó que nunca fue informada sobre esta opción para sus parejas. Una usuaria lo expresó directamente al señalar que "*a nosotros no nos hablan de ligadura, de vasectomía*". Una usuaria destacó que "*Nunca, todo se informa sobre la mujer y nada sobre el hombre*" al ser consultada sobre si le habían informado de la vasectomía para su pareja.

Este déficit importante en la información sanitaria que rodea la consulta de anticoncepción sigue vigente, como ya se había señalado en el monitoreo de 2018, y es considerado un obstáculo que afecta la soberanía reproductiva de las mujeres al limitar las opciones de planificación familiar.

Ligadura tubaria

6 de cada 10 usuarias santiagueñas encuestadas conocen que es la ligadura tubaria. 6 de cada 10 usuarias no saben cuáles son los requisitos legales para acceder a una ligadura tubaria.

Este nivel de conocimiento contrasta fuertemente con los datos del monitoreo de 2018, donde solo el 7% de las encuestadas conocía la ligadura de trompas. Sin embargo, la brecha de información se mantiene en cuanto a los requisitos formales: la mayoría de las encuestadas en

2018 (9 de cada 10 mujeres) declaró no conocer los requisitos legales para acceder a la ligadura tubaria.

Debido a los datos obtenidos en la encuesta como de los comentarios sobresalientes de las entrevistas realizadas a las mujeres santiagueñas 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 firmado por la usuaria.

A una usuaria de 41 años se le negó la ligadura en el Hospital Regional porque le pedían tener 38 y más de tres hijos. De manera similar, una joven de 20 años que acudió al Hospital Regional a solicitar la ligadura de trompas, fue rechazada porque le dijeron que era "menor" y que "por lo menos tiene que tener 3 hijos". Estos son ejemplos claros de barreras médico-burocráticas ilegales.

Una usuaria relató que se cansó de pedir la ligadura debido a la cantidad de hijos que tenía, y solo se la ligaron "por una cuestión de salud", lo que sugiere que la decisión autónoma no fue suficiente.

Una encuestada de 54 años relató que ella pidió el procedimiento, pero "*No se lo hicieron porque estaba sola, sin marido*". Otra usuaria indicó "*Me hicieron que firme mi pareja*" para acceder a la ligadura. La exigencia de la firma de la pareja o el cónyuge es una barrera ilegal.

Dos usuarias reportaron que la ligadura se ofreció o realizó de forma abrupta e inesperada, violando el derecho a la información completa: la primera relató que "*(le) hicieron ligadura de trompas con el último embarazo, ahí mismo me preguntaron, sin información previa*". La segunda fue consultada en el momento de la cesárea: "*me preguntaron si me ligaba ahí, sin información previa*".

Según la Ley N° 26.529, la información que el profesional debe brindar debe ser clara, completa y veraz. La realización de un procedimiento sin suficiente información previa o bajo coacción (como durante el parto o cesárea) vulnera la autonomía y puede configurarse como violencia contra la libertad reproductiva.

Anticonceptivo Hormonal de Emergencia (AHDE):

Aproximadamente **el 57.4%** de las encuestadas indicaron conocer, haber escuchado nombrar o saber cómo se utiliza la anticoncepción de emergencia.

Esta cifra muestra una mejora significativa respecto al monitoreo de 2018, donde la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHDE) era reconocida por el 44% de las usuarias, siendo en ese momento el tercer MAC más reconocido. Ninguna usuaria encuestada reportó que un profesional le explique su uso.

El hecho de que casi ninguna usuaria reciba explicación de un profesional sobre el AHE es un dato de importancia, ya que la información sanitaria debe ser clara, completa, veraz y basada en evidencia científica para fortalecer la autonomía en la elección del método. La ausencia de información profesional sobre un método que es altamente conocido y que, históricamente, fue usado "regularmente" por una alta proporción de mujeres, puede llevar a un uso incorrecto o inadecuado del mismo.

Pastillas anticonceptivas

La mayoría de las usuarias encuestadas manifestó conocer, usar o haber escuchado nombrar las pastillas anticonceptivas. Varias encuestadas confirmaron que lo "usan" y "conocen cómo se usa".

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. 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.

Otra de las grandes brechas entre el deseo y los servicios de salud es la falta de anticonceptivos. Una usuaria indicó que en la UPA *"al inicio tenían preservativos y pastillas, ya no hay entonces los compro"*. Otra manifestó que compra las pastillas *"por aparte"* porque *"Ahora no hay"*. Otra usuaria reportó que *"No conseguía las pastillas"* en el centro de salud.

Una usuaria relacionó su embarazo no deseado con la falta de anticonceptivos, manifestando que *"no conseguía pastillas en ese momento"*.

a. 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-usuaria 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 todas las usuarias: 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”*⁴. La información sanitaria brindada por el personal 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”*⁵.

Frente a la pregunta: **“Cuando hiciste una consulta para poder planificar tus embarazos (planificarlos, espaciarlos o evitarlos) ¿el personal de salud te explicó los distintos métodos procedimientos y/o tratamientos disponibles, las ventajas y desventajas de cada uno?”**



El **60%** de las usuarias indicó que recibió la información suficiente y eficaz para poder elegir un MAC, pero el **16,4%** 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 **21,8%** indicó que 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**: *“La endocrinóloga me retó cuando quedé embarazada por mis problemas hormonales y la diabetes”*; *“Me explicaron sobre el parto y la cesárea, me recomendaron cesárea por mi edad”*; *“Qué estudios realizar para la mamá y para el bebé durante el embarazo y el parto”*.

⁴ Art. 2 inc. e) de la ley N° 26.529.

⁵ Art. 3 de la ley 26.529.

Observaciones participantes y no participantes encontramos:

Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo

Este Hospital de tercer nivel, está ubicado en la calle Av. Belgrano Sur 2273 (Entre calles Lamadrid y Posadas). Su atención es de lunes a viernes de 7:00hs a 13:00hs, pero mantiene su guardia de urgencias las 24hs, que se encuentra en la calle Lamadrid. La misma cuenta con 3 sectores diferenciados: Consultorio febril (con sector de aislamiento ante sospecha de COVID-19), Consultorio General (Aquí encontramos la Guardia de Obstetricia) y Shock Room. Prioriza la atención de alta complejidad, tiene casi 32.000 metros cuadrados, siendo uno de los hospitales más grandes de Santiago del Estero.

En cuanto a la accesibilidad a este servicio de salud, está ubicado en una de las avenidas principales de Santiago del Estero lo cual, beneficia a la movilidad de las personas que usan el Transporte público, las líneas de colectivo que pasan por allí son: 110-112-114-115-116-119, entre otras. Pueden distinguirse rápidamente cuales son porque están los carteles sobre la avenida, junto con las paradas de colectivos. A sus alrededores, por la calle Lamadrid también hay paradas.

En términos generales el Hospital se encuentra limpio, en los espacios verdes y salas, sobre todo, en los pasillos hay mucho polvo propio de las reparaciones que están haciendo. Por otro lado, particularmente los baños están en condiciones de higiene deficientes sumado a que hay aproximadamente seis cubículos para la cantidad de gente que accede al servicio.

“Lo que me llamó la atención y que no pude percibir es que no había baños para personas con discapacidad y los cubículos de las puertas eran pequeños, por ejemplo, para alguien que esté en sillas de ruedas tendría dificultad para acceder a los mismos” afirmó la monitorea.

“A mi criterio, había pocos asientos en la sala de espera de administración, que es más grande en comparación con dos diferentes sectores del Hospital donde se encuentran los consultorios”. Por ejemplo, en el Área de maternidad: hay una sola fila de asientos (solo eran 8) y es un servicio al que concurre un gran porcentaje de mujeres en Santiago del Estero. (Es el hospital que se especializa en maternidad)

“En mi recorrido por el hospital, que fue aproximadamente de 30/40 minutos, no vi ningún cartel señalizando los diferentes sectores, servicios, consultorios, lo cual en todo mi recorrido me generó incertidumbre y desasosiego de no saber a dónde estaba yendo. Por lo mismo, tuve que preguntar tres veces donde quedaban los consultorios para poder dirigirme a ellos, vale la aclaración, que es un hospital muy grande y que es muy probable que los usuarios puedan perderse en su interior. Había muchas personas dentro y fuera del hospital” señaló la monitorea.

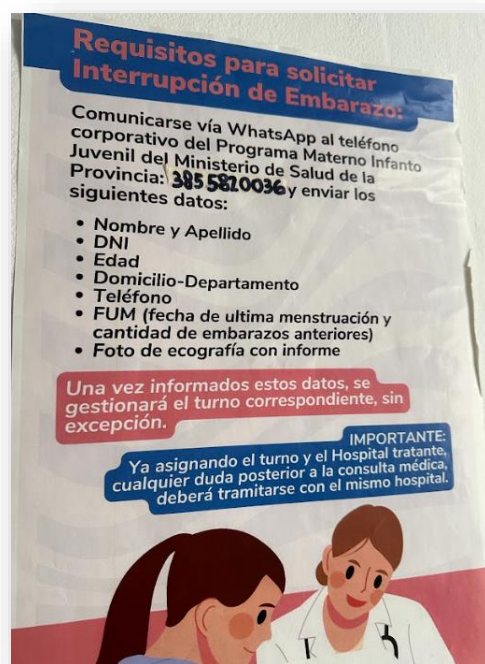
Con respecto a la pregunta de que, si hay sala o algún área especializada en Salud sexual y reproductiva, no contaban con ese espacio, en el área de ginecología tampoco había referencias sobre esto. Luego de investigar en las redes sociales del Hospital cuentan con un servicio de Atención Integral de Adolescentes, al cual nunca pudimos llegar ni acceder, por cuestiones de tiempo, no detallan en ninguna parte qué servicios le prestan. Simplemente que brindan atención integral.

En la administración central del Hospital estaba dividida en cuatro Box conformado por cuatro personas, el trato es cordial. *“Cuando pedí información sobre IVE/ILE le pregunté al guardia donde estaba el consultorio, ya que la administración estaba llena de gente, él pudo darme las indicaciones de manera amable”*

“Cuando fui al sector donde realizaban ecografías ahí si el trato era descortés, había muchas personas esperando y los turnos no eran designados por especialidad. (Se notaba el descontento de los usuarios)”. Por otro lado, en el consultorio de IVE, no cuentan con un personal administrativo que brinde información. Para conseguir atención hay que tocar la puerta, si están ocupadas no responden. Hay un cartel donde dice todos los pasos a seguir para hacerse una IVE. Es decir que si una persona va en búsqueda de asesoramiento por primera vez probablemente ese día en el hospital signifique una pérdida de tiempo, ya que el primer requisito es enviar un Mensaje de Whatsapp a un número corporativo que pareciera pertenecer a salud provincial para que recién puedan darte información, un turno y atenderte. *“Estuve aproximadamente 15 minutos sentada en la sala de espera y no pasó absolutamente nada, así que me puse a preguntarles a las usuarias como era el sistema de turnos y el trato de los profesionales. Ellas me explicaron cómo tenía que hacer para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en el hospital”*.

“Si bien no observé de manera directa ningún hecho de discriminación en ese momento presencial, considero valioso recuperar los discursos de las usuarias que encuesté y que, al conversar con ellas, relataron que solicitar una IVE en este nosocomio implica saber de antemano que recibirán malos tratos. De igual modo, muchas mujeres embarazadas refieren experiencias similares: sostienen que una de las peores vivencias al parir ocurre en hospitales como el Regional”

Por lo tanto, ante la pregunta de si existe algún tipo de discriminación en este hospital, la respuesta es afirmativa: parecería ejercerse hacia quienes tienen capacidad de gestar y demandan un servicio en dicha institución.



A esto se suma que, en muchos de estos contextos, el dolor de las mujeres y personas gestantes son subestimados o minimizados, naturalizando el sufrimiento como parte inherente del proceso reproductivo. Este tipo de prácticas evidencia cómo el sistema de salud puede reproducir violencias simbólicas y estructurales sobre los cuerpos feminizados, especialmente cuando estos desafían mandatos tradicionales al exigir autonomía, información y un trato digno.

Por otro lado, se evidencian vulneraciones en los derechos de las usuarias que cursan un embarazo y de aquellas que solicitan una interrupción voluntaria del mismo. El hospital ha recibido en el último tiempo múltiples denuncias por malos tratos del personal, por la falta de respeto y por prácticas deshumanizantes, especialmente durante cesáreas. Todo esto refleja situaciones de violencia institucional y obstétrica, que afectan particularmente a mujeres y personas gestantes que, en muchos casos, no tienen otra alternativa de atención, dado que este hospital es un centro de referencia en maternidad.

En cuanto al acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y salud sexual integral, no se observan carteles, materiales informativos ni espacios de sensibilización o charlas. Además, cuando alguien desea acceder a una ligadura tubaria, suele enfrentarse a dos tipos de respuestas: En primer lugar, se solicitan requisitos arbitrarios que obstaculizan el procedimiento, como tener más de 40 años, haber tenido tres o más hijos o incluso contar con autorización de la pareja. Y, en segundo lugar, en algunos casos, la propuesta de ligadura se realiza durante la cesárea, sin haber brindado previamente información adecuada ni haber obtenido un consentimiento informado genuino.

Todo esto vulnera derechos reconocidos por distintas leyes nacionales, como la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, que garantiza el acceso a información clara y el consentimiento informado; la Ley 25.929 de Parto Humanizado, que promueve un trato respetuoso y digno durante el embarazo, parto y posparto; la Ley 26.130, que asegura el derecho a decidir sobre la ligadura tubaria sin requisitos ni autorizaciones de terceros; la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral, que garantiza el acceso a información y educación en salud sexual y reproductiva; y la Ley 27.610, que garantiza la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo.

Por último, algo que llamó particularmente la atención fue la campaña de lactancia materna que se desarrolla en todos los hospitales, incluido el Regional, con carteles que expresan frases como “La mejor leche es la de la mamá”, “Se prohíbe el uso de mamaderas” o “Lactar es con el cuerpo”. Si bien la promoción de la lactancia es valiosa, estos mensajes adquieren un tono impositivo que deja de lado la autonomía, la libertad y la toma de decisiones de las mujeres y personas gestantes. Reforzando los mandatos sobre la maternidad y reproduciendo la idea de que hay una sola forma “correcta” de maternar y amamantar.

Desde la entrada, en los pasillos y también en la planta alta, las imágenes y referencias religiosas están muy presentes. En la entrada, donde funciona la administración central, hay un pequeño santuario con una imagen de la Virgen. La mayoría de las personas que esperan ser atendidas por el personal se acercan, la tocan y se persignan.

En la planta alta, lo primero que se ve al subir las escaleras es un altar con más de diez figuras religiosas, velas, rosarios y flores. Hay un banco frente a ese espacio para arrodillarse y rezar, y muchas personas lo hacen. *“Otras, como yo, se sorprenden por la cantidad de imágenes reunidas en un mismo lugar”*. Afuera del hospital también se observan grupos religiosos rezando, lo que refuerza la idea de que ese credo está muy arraigado en el ambiente del hospital.

Esta presencia simbólica no es menor. En una institución pública de salud, la instalación de símbolos religiosos no sólo expresa una creencia particular, sino que también transmite un posicionamiento político y moral que puede influir —aunque sea de manera implícita— en las prácticas del personal y en la vivencia de las personas que asisten. En especial, en un contexto donde se abordan derechos sexuales y (no) reproductivos.

Sí hay presencia policial, la misma es privada y están ubicados en las puertas de entrada y salida, como así también en algunos pasillos y estacionamiento. No se observan cámaras de seguridad, a diferencia con otros hospitales que sí tenían.

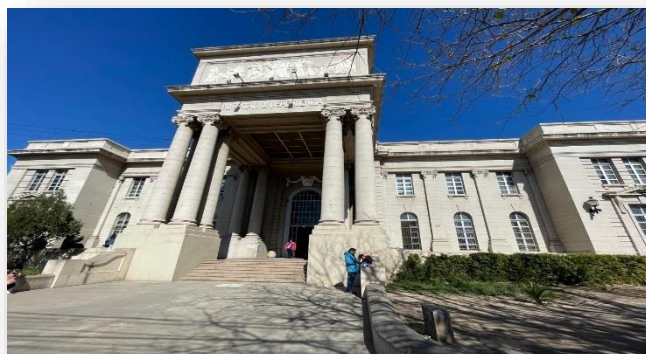
El personal policial sí interactúa con los usuarios, dándole indicaciones y referenciando sobre dónde quedan los servicios, no mucho más. Tienen walkie-talkies para comunicarse.

Hospital Independencia

Este servicio se encuentra sobre una de las Avenidas principales del centro de Santiago del Estero, sobre la calle perpendicular a esta avenida, Atenor Álvarez, se encuentra el acceso a la guardia. Las líneas de colectivo que se encuentran en la avenida Belgrano (puerta del hospital) son: 10, 15, 16, 110 entre otras. Hay paradas y carteles de las respectivas líneas que pasan.

Se distingue la entrada del hospital, su puerta es enorme y puede notarse su fachada neoclásica. La misma tiene escalinatas y rampas siguiendo el mismo estilo, el nombre del hospital está en letras grandes.

Cada servicio cuenta con su sala de espera, está bien delimitada por colores y carteles, es muy fácil poder ubicarse dentro del mismo hospital gracias a esto, por dentro tiene diseños, imágenes, carteles y mapas, es muy vistoso. Cuenta con luz natural ya que los pasillos son vidriados, así también, cuenta con ventilación y aire acondicionado.



La institución está completamente señalizada, cuenta con carteles, televisores que dan referencias de donde queda cada servicio y consultorios, también algo distintivo al resto de los hospitales, es que está dividido por colores, por ejemplo, el sector de ginecología estaba todo pintado de naranja. Es fácil de ubicar, es un hospital que a diferencia de otros estaba muy silencioso, no había mucho flujo de personas, su entrada estaba casi vacía. En la entrada del servicio se encontraban unas cuatro o cinco personas y el resto estaban esperando el colectivo. Dentro del hospital tampoco había una gran cantidad de usuarios, en la sala de ginecología sí había usuarias (había aproximadamente 25/30 asientos, la mitad de ellos ocupados).

No hay un consultorio/espacio o salita de atención sexual y reproductiva, en la administración tampoco había profilácticos. Con lo que sí cuentan es con un espacio especial para lactar.

No hay carteles, ni información de ningún tipo, ni en las puertas de los consultorios ni en los pasillos del mismo hospital. Tampoco cuentan con folletería y material para llevar gratuitamente. Solo en la entrada en la parte del museo hay algunos folletos, pero del ministerio de salud y haciendo referencia a la parte histórica del mismo.

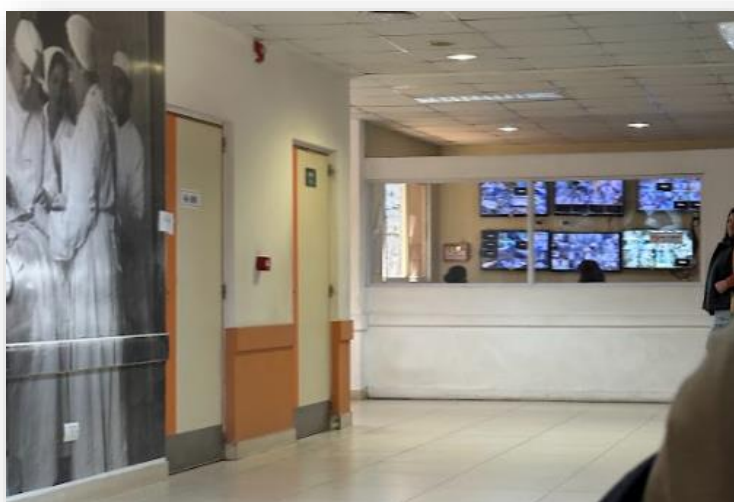
El mecanismo de solicitud de turnos es igual que en el resto de los hospitales del tercer nivel en Santiago del Estero, con la única diferencia que es a partir de las 6 de la mañana hasta las 18hs de la tarde. Los requisitos que se piden para ser atendido es que la persona cuente con su DNI. Con respecto a la atención en casos de IVE/ILE, este hospital no cuenta con medicación, es decir que, si alguien va a preguntar por esto, la persona es derivada directamente al Hospital Regional.

Algo interesante a destacar es que, en el “consultorio de Obstetricia y Planificación Familiar”, los usuarios de más de 14 años pueden recibir consejería sobre derechos sexuales y reproductivos. También realizar colocación y extracción del implante subdérmico, de DIU y SIU. Los días de atención eran los miércoles de 8 a 12hs, los turnos se otorgan por orden de llegada, y como requisito excluyente piden la fotocopia del DNI.

Existe gran presencia policial en todo el hospital, lo cual resultó sorprendente. La cantidad de vigilancia en este nosocomio es notable: en la entrada, en los pasillos, en los diferentes sectores, e incluso mediante una gran cantidad de cámaras distribuidas por todo el establecimiento. Las pantallas de vigilancia son monitoreadas desde la administración central, ubicada frente al sector de ginecología.

Los guardias no solo observan, sino que también interpelan a las personas, preguntando hacia dónde se dirigen. Se comunican por walkie-talkie y, cuando

ingresamos al servicio, nos identificaron de inmediato, nos hicieron preguntas y rápidamente remarcaron qué cosas no podíamos hacer. De hecho, tenían contadas a todas las monitoreantes, sabían exactamente quiénes de nosotras estábamos dentro del servicio y nos interpelaron haciendo alusión a este conocimiento que tenían de nosotras a través de dicha vigilancia.



“Tuve la sensación constante de estar controlada y vigilada durante todo mi recorrido, por lo que debí ser muy cuidadosa. Esto me llevó a preguntarme qué sucede con la intimidad y la confidencialidad de los usuarios cuando, en todo momento, hay policías observando y preguntando sobre las acciones y los desplazamientos de las personas” manifestó la monitoreante a cargo de observaciones.

La experiencia permitió identificar una fuerte resistencia institucional, marcada por el control constante. Este tipo de vigilancia plantea desafíos éticos y profesionales, ya que puede interferir con la garantía de derechos de lxs usuarixs, especialmente en servicios de salud sensibles, y limita la posibilidad de brindar una atención confidencial, respetuosa y centrada en las necesidades de quienes recurren al hospital.

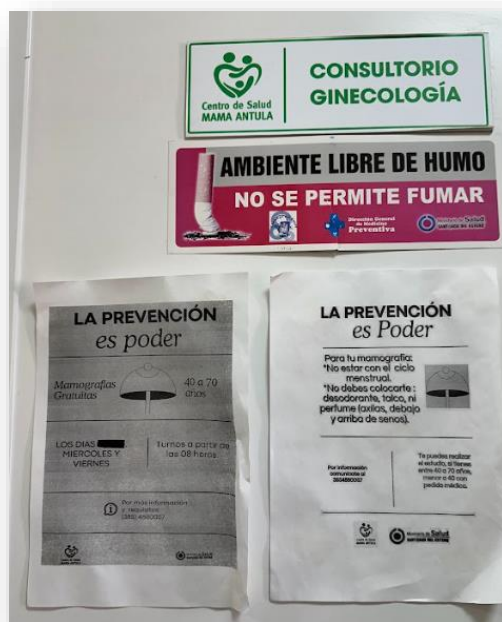
Hospital Mama Antula

Teniendo en cuenta la ubicación geográfica del Hospital, es de fácil acceso porque está localizado en un punto estratégico de la ciudad, en la intersección de la ruta nacional N°9, 34 y 5. Las líneas de colectivo que llegan al Hospital son: La línea 15, 17, 21, 114, 116. Por ejemplo, la línea número 15 hace un recorrido por todo el centro y pasa por el Hospital.

Sobre la Avenida René Favaloro se encuentran las paradas de colectivo, que están justo al frente de la entrada del servicio, cuenta con carteles que indican la numeración de las líneas.

Cuando hablábamos con el personal administrativo nos explicaron que más allá que el Hospital se encuentre en un lugar accesible, las distancias en Santiago del Estero son muy extensas y a las personas del interior se les dificulta llegar a los servicios. Es por eso también que las personas primero van a las UPAs, y luego, si necesitan una mayor especialidad viajan hacia los hospitales.

Respecto de la limpieza de esta institución del tercer nivel, se encontraba en condiciones óptimas. Todos sus espacios: salas de espera, baños, pasillos, administración y consultorios. Es un lugar agradable para estar, de hecho, la gente espera dentro del servicio para ser atendidos. Esto es porque la sala de espera es grande, cuenta con muchas sillas, tiene aire acondicionado y la organización de turnos permite que la misma no se llene de gente. Con respecto a los baños, eran grandes y estaban divididos en tres: para mujeres, hombres y personas con discapacidad. Los tres se encontraban en condiciones de higiene óptimas.



Todos los servicios de este hospital se encuentran señalizados, es sencillo llegar a los consultorios, también porque es un hospital relativamente pequeño en comparación a otros hospitales de alta complejidad de Santiago del Estero, lo que permite ubicarse de manera más sencilla. Por otro lado, en la entrada además de tener un espacio de administración grande, hay una seguridad privada que da referencias acerca de dónde quedan los consultorios. No hay un espacio destinado a la atención de salud sexual reproductiva y tampoco están llevando adelante talleres para la comunidad sobre esto. El día que fuimos a esta institución todos los usuarios se encontraban dentro de la misma. Si había un gran caudal de gente esperando. No había carteles informativos sobre derechos sexuales y reproductivos y tampoco folletos brindando información. En la puerta del consultorio ginecológico y obstétrico solo había información

sobre la campaña de lactancia materna y sobre cómo prevenir el cáncer de mama y los requisitos necesarios para hacerse los chequeos médicos.

Sí hay símbolos religiosos en este Hospital. En la entrada del área de urgencias hay una gruta de la virgen y respecto de cuestiones simbólicas el logotipo también del hospital es un corazón y dentro de ella la representación de una familia hegemónica/nuclear (madre, padre e hijo).

Sí hay existencia de presencia policial privada, se ubica en el centro del servicio. Él es el que se encarga de dar indicaciones y referencias sobre la ubicación de los diferentes consultorios. Esto comúnmente es una tarea del personal administrativo.

“En la administración había una caja de profilácticos vacía, así que en consecuencia de esto no pude observar el momento de entrega, pero si estaban en la administración. Cuando le pregunté al personal de salud sobre esto me dijeron que hay un gran recorte a nivel nacional y que si impacta en la cantidad de insumo sobre todo de método anticonceptivos. También le pregunté si atendían casos de IVE/ILE y me contestaron que la obstetra hacía la asesoría pero que todos esos casos eran derivados al Hospital Regional, ya que ellos no cuentan con la medicación” relató la monitoreante a cargo de las observaciones.

Cabe destacar que fue el único servicio donde se nos permitió realizar las encuestas dentro de la institución, lo que favoreció el intercambio y permitió un acercamiento más profundo al personal de salud. Fue muy provechoso conversar con trabajadores y trabajadoras del hospital, ya que ofrecieron una mirada integral sobre el contexto, las problemáticas que enfrentan y la organización del tercer nivel de atención.

Un trabajador del área de salud entrevistado comentó que los recortes nacionales en políticas públicas de salud están impactando directamente en el funcionamiento del hospital, particularmente en la falta de personal. Si bien el Estado provincial destina fondos, estos resultan insuficientes para cubrir la demanda: el hospital tiene un área de referencia de más de cien mil personas, muchas de las cuales habitan barrios en situación de vulnerabilidad. Los UPAs de la zona ofrecen servicios acotados y no son reconocidos por la comunidad como instituciones de atención primaria, lo que agrava la sobrecarga del hospital.

Durante la conversación también mencionó que una de las grandes problemáticas de la provincia es la distancia geográfica y el tiempo que implica para los y las usuarias acceder a los servicios, situación que muchas veces deriva en la deserción o postergación de la atención. Respecto a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, explicó que el hospital deriva los casos al Hospital Regional, ya que no cuentan con medicación ni personal especializado. Si bien se brinda asesoramiento, esto implica una barrera concreta en el acceso efectivo a derechos sexuales y (no) reproductivos.

Centro integral de Salud de la Banda

El servicio se encuentra entre dos avenidas principales de la Localidad de la Banda en Santiago del Estero. Lo que posibilita a los usuarios llegar a la institución por medio de transportes públicos accesibles, algunas de las líneas de colectivos que llegan son: 1, 2, 3, 17, 21, 27, 256 (entre otras).

Hay parada de colectivos con carteles que indican el número de la línea. También hay parada de taxis y estacionamiento para motos.

La entrada de la institución se distingue fácilmente, tiene dos entradas principales. (No hay carteles que hagan referencia a que es la entrada, pero ambas son puertas grandes, vidriadas con escaleras y también rampas).

Con respecto a la limpieza del centro integral es regular, hay mucho flujo de personas. Los baños estaban sucios y tenían mal olor, las salas de espera estaban medianamente limpias, pero sí se podía notar la tierra del piso.

Las salas de espera estaban divididas por sectores y áreas de especialidad, identificadas con diferentes colores, pero a

diferencia de otros hospitales, como el Independencia, este servicio tenía una distancia acotada entre sector y sector, se podía escuchar que es lo que se hablaba en la administración de los consultorios de obstetricia y la administración del centro de imágenes, por ejemplo. No contaban con la cantidad de asientos pertinentes para la cantidad de usuarios. Cuenta con luz natural y con ventilación.

Es el único servicio que a la par de la administración de los consultorios tenía un cartel que hizo el Ministerio de Salud de la Nación sobre salud sexual integral con las respectivas leyes que lo garantizan. También, había carteles sobre la semana de la lactancia materna, un cartel de los requisitos que se necesitan para IVE/ILE, sobre métodos anticonceptivos (etc). No había folletería disponible para llevar, pero es el único servicio que tenía tantos carteles sobre salud sexual integral.

Desde las 7 de la mañana hasta las 13hs designan turnos para las diferentes especialidades. Con respecto a la atención de IVE/ILE tienen medicación y hacen la asesoría pertinente para garantizar dicho procedimiento. Lo que sí llamó la atención es que este espacio está a cargo de una psicóloga.

Con respecto a los turnos los requisitos son parecidos a los del hospital Regional: mandar mensaje al número corporativo que actúa de 0800 para que les designen un turno en el centro integrador, luego tienen que hacerse una ecografía y una vez realizados estos pasos son atendidas por la psicóloga.

Nos encontramos con diferentes opiniones de las mujeres que encuestamos sobre el trato del personal y los obstáculos para acceder. Algunas estaban conformes con la atención y otras no.



Sí existe la presencia de policías privados. “Así como en el Hospital Independencia en el de la Banda tuve la misma sensación, presencia policial y vigilancia constante” dijo la monitorea. Se encontraban dos en cada entrada y luego había más recorriendo todo el hospital. Cuando un miembro del equipo monitorea acompañó a una mujer para preguntar porque no querían garantizar la IVE, rápidamente los policías empezaron a observar afuera donde estábamos el resto del equipo.

En el primer piso, correspondiente al área de ginecología, se encuentran fotografías de mujeres embarazadas, de “familias felices” y de manos entrelazadas, imágenes que reproducen de forma implícita un ideal de familia tradicional y heteronormado. Estas representaciones, más allá de su

aparente neutralidad estética, expresan un discurso simbólico que refuerza la naturalización del modelo de familia hegemónico, basado en la maternidad como destino femenino y en la complementariedad binaria de los géneros. Este tipo de dispositivos visuales no son menores: configuran sentidos y climas institucionales, que pueden impactar subjetivamente en las mujeres, personas gestantes y usuarios en general, que acuden al servicio, especialmente en aquellas que buscan acceder a una Interrupción Voluntaria del Embarazo. En ese marco, se evidencia cómo el pensamiento biologicista y la idea de familia nuclear se articulan con una concepción moral conservadora que sigue permeando los servicios de salud. Asimismo, puede observarse la persistencia de estereotipos de género, donde las tareas de cuidado continúan siendo representadas y asignadas como una responsabilidad exclusivamente femenina.



Centro Integral de Salud de las Termas de Río Hondo

Esta institución queda en el centro de las Termas de Río Hondo, por lo que es accesible para llegar mediante el uso de transporte público y otros medios de movilidad. Por la institución pasa la línea 20 que hace un recorrido por todo el centro urbano de las Termas.

La limpieza era óptima en todo el hospital: baños, pisos, pasillos, escaleras, rampas, salas de espera, administración, entre otros lugares. En términos estructurales, se nota que es un hospital que fue construido hace poco tiempo, y que, además, cuidan mucho sus instalaciones. Es un lugar agradable, cada servicio tiene su sala de espera y su personal administrativo. El centro de salud estaba vacío.

El hospital aparenta ser cómodo, tiene luz natural, ventilación y también cuenta con aires acondicionados. La sala de espera de la planta baja es enorme. Lo que sí, en el sector de ginecología y obstetricia que queda en el primer piso, su sala de espera tiene aproximadamente entre cuatro o cinco asientos y en esa recepción reciben demandas de atención ginecológica, para programar partos y también para atender a personas que quieren hacerse una IVE/ILE, entre otros servicios que brinda.

Esta institución cuenta con indicadores de recorrido (que están colgando del techo), está señalizado con carteles donde se encuentra cada sector que son fáciles de encontrar. No observamos que haya un consultorio específico para la atención de salud sexual. No había mucho flujo de gente. Luego averiguando sobre esto, varias personas que viven en Termas nos dijeron que ese hospital suele estar vacío.

No hay colgados carteles sobre salud o derechos sexuales y reproductivos y tampoco tienen folletería disponible. El CIS es un centro que garantiza la interrupción voluntaria del embarazo, pero no hay carteles y referencias de lo mismo en ninguna parte, a diferencia del Hospital Regional y el de La Banda, por ejemplo.

El único material informativo que había era sobre lactancia materna, de sus beneficios y que en ese establecimiento se "prohíbe el uso de mamadera y chupete". Como equipo nos pareció sorprendente que de alguna manera sean muy imperativos a la hora de hablar de la obligación y los beneficios de dar de mamar, sin tener en cuenta que muchas mujeres no tienen el deseo de hacerlo, no pueden por diferentes razones, etc. Tampoco hay un ofrecimiento de alternativas.

En la recepción principal sólo había folletos sobre la lactancia materna.

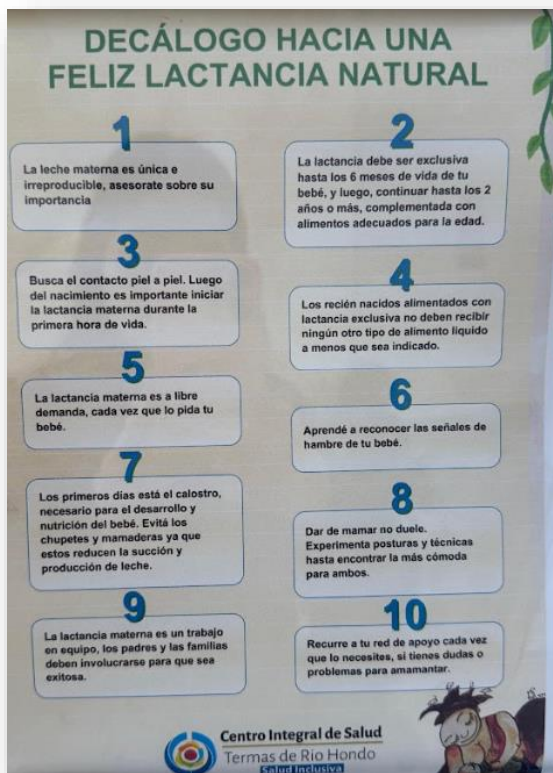
El trato del personal administrativo varía según el sector. En nuestro caso, estuvimos esperando en el área de obstetricia para solicitar información sobre IVE/ILE. Pasaron más de cuarenta minutos sin que nadie nos atendiera, mientras otras personas también esperaban ser recibidas.

Le preguntamos a una de las personas que aguardaban si sabía cuáles eran los requisitos para acceder a una IVE; nos miró con incomodidad y respondió que no sabía. Luego de esperar tiempo en la administración de gineco-obstetricia sin obtener respuestas, decidimos consultar al guardia, quien nos indicó que en la administración principal brindaban información sobre esos temas.

Regresamos a la planta baja, donde una trabajadora administrativa nos atendió para agendar un turno. Cuando un miembro del equipo expresó que deseaba acceder a una IVE, la empleada le preguntó dos veces, en voz alta, qué era lo que quería hacerse. Finalmente comprendió y nos brindó la información correspondiente, sin mayor intercambio.

Resulta simbólico que en todo el mostrador hubiese folletos sobre los cuidados del bebé y la importancia de la lactancia materna, pero ninguno vinculado al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Finalmente, logramos obtener un turno para el servicio, aunque nos informaron que sólo atienden estos casos los lunes por la mañana.

También nos aclararon que es necesario llevar la ecografía previamente realizada y que la médica vuelve a citar a las usuarias durante la semana para la toma de la medicación en el lugar.



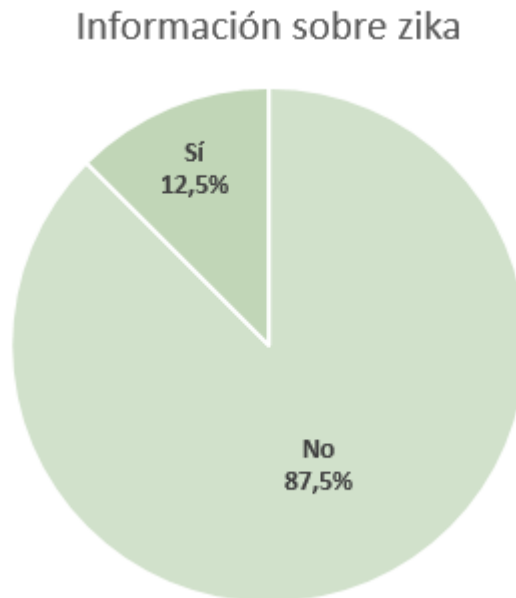
En Santiago del Estero la mayoría de las usuarias asisten a los centros de salud para realizar consultas ginecológicas específicamente vinculadas con sus MACs o controles. En algunos casos, se presentan distintas mujeres de la misma familia a realizar consultas sobre sus MACs. En el caso de las usuarias, la consulta ginecológica no se limita primordialmente a embarazos.

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 la 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 usuarias 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 indicaron que el profesional de la salud no les consultó si querían entrar solas o acompañadas a la consulta sobre su salud sexual.

Información sobre zika

El **87,5%** de las encuestadas dijeron **no haber recibido información** sobre el zika y sus consecuencias.



Varias usuarias reportaron explícitamente que no recibieron información sobre el Zika y sus consecuencias durante sus consultas de embarazo. En los casos en que se proporcionó información, esta fue muy específica y restringida. Una usuaria de 53 años respondió afirmativamente a la pregunta sobre si le informaron sobre el Zika, pero detalló que la información brindada fue "*solo de cuidado y prevención del mosquito*". Una sola mujer afirma haber recibido información sobre malformaciones.

ii) Principales barreras u obstáculos para el acceso a MAC

La falta de insumos, la falta de recursos humanos y la necesidad de las usuarias 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, nos informaron:

- 1- La situación de salud sexual y reproductiva en la provincia es descrita en términos preocupantes, marcada **por la falta de recursos, el desfinanciamiento nacional y la falta de capacitación profesional.**
- 2- Observan un desentendimiento o una inacción por parte del nivel nacional, llevando a que el área de salud reproductiva "verdaderamente no exista" a ese nivel. Las informantes perciben una retracción del Estado y un esfuerzo por parte del gobierno para apoyar algunas líneas, pero sin hacerlo abiertamente. **La reducción en la lista de medicamentos de la Nación y la falta de Misoprostol es considerada un mensaje político.**
- 3- Los **obstáculos geográficos** para las mujeres del interior de la provincia son "terribles", a decir del mismo personal de salud de los servicios.
- 4- Una de las entrevistadas, informante de trabajo territorial, reporta haber pasado **tres lunes recorriendo cuatro UPA en busca de anticonceptivos sin éxito.** La escasez se debe a la **falta de envío de insumos desde nación.** Actualmente, los métodos más disponibles son los implantes, el DIU hormonal y el DIU de cobre, pero **inyectables y pastillas no están en la cantidad necesaria.**
- 5- Si se garantizara la anticoncepción en diferentes hospitales zonales, no sería tan alta "la demanda que tiene el hospital". Actualmente, el Hospital Regional se ve "desbordado" por la gran demanda, lo que a menudo agrava la falta de medicamentos.
- 6- **El encarecimiento de los insumos es un gran obstáculo para el acceso,** ya que un tratamiento completo de interrupción en la farmacia tiene un costo muy elevado. El problema fundamental es siempre el acceso a servicios de calidad y al entendimiento de que esto es un derecho.
- 7- **Hay un desconocimiento y una falta de concientización sobre derechos sexuales y reproductivos en general.** Una profesional resalta la necesidad de "salir fuerte con el tema de la ley en la educación" para que se entienda que la salud es un derecho. Se subraya que la conversación sobre la ley de interrupción siempre va acompañada por detrás de temas de abuso, violencia obstétrica y educación sexual.

iii) Información gráfica sobre derechos sexuales y reproductivos

De conformidad con el artículo 8 de la ley 25.673 y su Decreto Reglamentario N° 1282/2003, “los Ministerios de SALUD, de EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (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”⁶

La Ley N° 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 otros⁷. Sin embargo, este tipo de campañas de difusión no existen, como así tampoco la información gráfica que dé cuenta de estos derechos.

Un **16,2%** usuarias santiagueñas 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**: “Métodos anticonceptivos. Los de la facultad de humanidades ponen carteles” (usuaria de 28 años); “En la zona de ginecología sí, en las otras no. Sobre MACS y preservativos. Pocos” (usuaria de 34 años); “Hasta en los colegios, de abuso y maltrato” (usuaria de 18 años).

⁶ Art. 3 del Decreto N° 1089/12

⁷ Art. 8 del Decreto N° 1082/2003. 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 práctica para facilitar el trabajo y favorecer el acceso a la ILE, IVE y a la atención post aborto. Posteriormente, el 13 de agosto de 2021 se publicó el Decreto N° 516/2021 reglamentario de la Ley 27.610.



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”⁸ y a su vez, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (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,

⁸ OMS (2014)

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 las 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.”⁹

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.

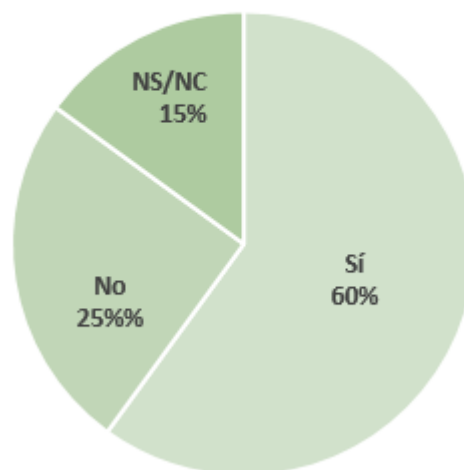
Menos de **7 de cada 10** mujeres santiagueñas encuestadas conocen la existencia de una ley que permite abortar en caso que el embarazo ponga en riesgo la vida o la salud de la mujer embarazada.

Frente a la pregunta: **¿Cuándo considerarás que un embarazo puede poner en riesgo la salud de la mujer?** Se extraen los siguientes comentarios: *“Cuando son menores” (usuaria de 26 años); “Cuando es ectópico” (usuaria de 37 años); “Cuando toman muchos remedios, hacen mucho esfuerzo o levantan cosas pesadas” (usuaria de 43 años); “ Cuando ponga en riesgo la vida de la mamá” (usuaria de 59 años); “Diabetes, tiroides, azúcar, psicológicas, de presión” (usuaria de 25 años).*

⁹ 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.

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

Interrupción por malformaciones o incompatibilidad con la vida



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 prácticas, teniendo en cuenta la definición establecida por la OMS en 2014.

B. Causal violación (ILE)

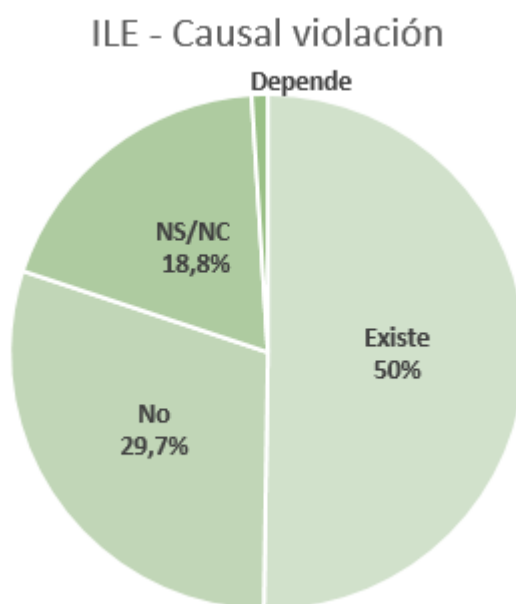
Bajo la denominación “Causal Violación” se encuadra la interrupción legal de un embarazo que es producto de una violación o un abuso sexual. En cualquier caso, una relación sexual no consentida. El fallo F.A.L despejó toda duda acerca de si la mujer con derecho a abortar era solo la que tenía una restricción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

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

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 santiagueñas sobre la causal violación?**

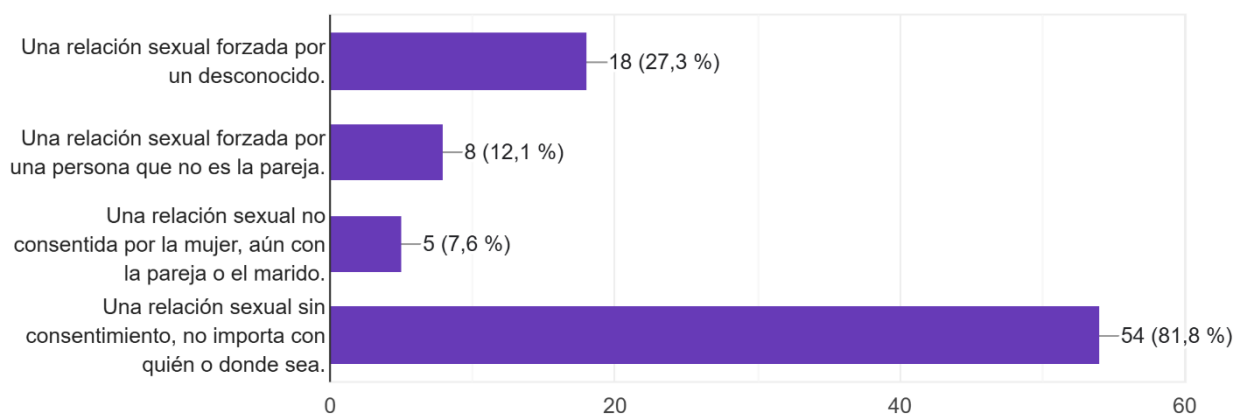
5 de cada 10 de las encuestadas conoce que puede interrumpir un embarazo cuando es producto de una relación sexual forzada.

Es muy llamativo que, a 105 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.



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

8 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, **3 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:

“En embarazo en menores, sí. Se solicita y se realiza una intervención formal.”
(Integrante del equipo de salud de UPA).

“Se cita, se hace la denuncia, se hace la custodia de la muestra y todo lo que se requiere” **(Integrante del equipo de salud de un Hospital).**

“Para lograr que se realicen las interrupciones en estos casos con muchas semanas, a veces es el mismo hospital el que inicia la demanda para que se cumplan las causales legales.” **(Integrante del equipo de salud de un Hospital).**

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 cuál es el motivo que las llevó a tomar esa decisión.

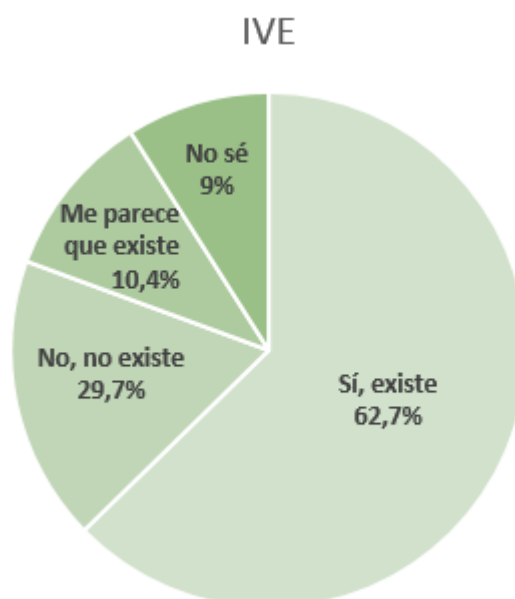
Desde el momento en que la usuaria solicita la práctica en cualquier servicio social la interrupción del embarazo el profesional que la atendió tiene un plazo de 10 días para brindarle la información y el acceso a la práctica.

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 cinco años de aborto voluntario, nos alegramos de poder preguntar:

¿Qué saben las santiagueñas sobre IVE?

6 de cada 10 de las mujeres santiagueñas 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 Santiago del Estero?

El informe anual “ImplementAR”¹⁰ sobre IVE/ILE: Informe anual 2022 -2023 especifica que en Santiago del Estero encontramos **8 efectores** en el sistema público de salud que garantizan estas prácticas médicas lícitas, y que en este mismo año se realizaron 1.417 interrupciones que fueron formalmente informadas al Ministerio de Salud de la Nación.

La vía principal de contacto y solicitud de información es la Línea Salud Sexual 0800 222 3444, que brinda atención gratuita y confidencial. En algunos hospitales (como el Regional), el primer requisito para obtener un turno es enviar un mensaje de Whatsapp al “0800” provincial, que suele ser un teléfono de línea corporativa.

Nuestras informantes identificaron claramente que el acceso a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE/ILE) dentro del sistema público se limita a tres hospitales, ya que son los únicos que concentran los insumos necesarios para el tratamiento:

- El Hospital Regional: Es el principal hospital de la provincia, descrito como la "maternidad". Este fue uno de los dos primeros hospitales que comenzaron a garantizar el aborto cuando la ley entró en vigencia. Concentra la medicación para el tratamiento farmacológico.
- El Hospital de La Banda: Este fue el otro hospital que garantizó el acceso al principio de la vigencia de la ley.
- El Hospital Independencia.

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:

- 1- Un profesional de la salud indicó que, si bien los demás Centros de Atención Primaria (UPA) dan la información, los tres hospitales mencionados son los que concentran el insumo.
- 2- El sistema de salud no garantiza el servicio en el interior de la provincia. Las mujeres de localidades como Ojo de Agua enfrentan "obstáculos geográficos terribles" y deben quedarse al menos dos o tres días en Capital para recibir atención.
- 3- En el Hospital de La Banda, se ha reportado que el personal de admisión dice a las mujeres que el aborto "ya no es legal".
- 4- Se han registrado maltratos, incluyendo profesionales que maltratan al brindar información. Se ha reportado que se entrega información incorrecta sobre el uso de pastillas o que se les

¹⁰ 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”.

da dosis inapropiadas, y no les permiten tomar ibuprofeno, bajo la idea de que *"te tiene que doler, porque sí duele, si no te duele, es como que no vas a aprender"*.

- 5- Se ha mencionado el caso de una mujer con problemas de consumo (una causal de salud para ILE) a la que no se le permitió acceder a la interrupción, y el hospital la "ha retenido durante todo el embarazo" para evitar que vuelva a la zona de consumo.

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

- 1- Los turnos de IVE en el hospital pueden demorar dos o tres semanas. Además, los hospitales no garantizan la ecografía de manera gratuita, lo que obliga a las mujeres a conseguir la plata (dinero) para pagar servicios privados de \$25,000, \$30,000, \$40,000 o más, y mientras buscan el dinero, "así pasan las semanas", superando el plazo legal.
- 2- Las demoras burocráticas pueden hacer que la mujer llegue a las 12 semanas, y luego, con la dilación de turnos adicionales (con la ginecóloga y espera de cama), el proceso se extiende hasta que le dicen: "ya no se puede". Esto hace que superen los 10 días previstos por la ley.
- 3- La mayoría de las mujeres interrumpen sus embarazos por la situación económica. Las personas gestantes que acuden a las redes de socorrismo son principalmente de "bajos recursos". A esto se suma que un tratamiento completo de Mifepristona y Misoprostol en la farmacia privada puede costar \$200,000 pesos, haciendo que, aunque sea legal, el "problema fundamental es siempre el acceso".

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?"**, la única respuesta fue de las organizaciones territoriales. Ellas sí llegan a las mujeres de monte adentro y a las comunidades campesinas. El vínculo con estas últimas es central para lograr un nexo referente que habilite la contención y el acceso al derecho al aborto de dichas mujeres. Estas organizaciones también están explorando la medicina yuyera¹¹ como forma de abordar el proceso con una mirada holística y ecológica, reconociendo los saberes de las medicinas ancestrales.

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, además de lo ya expresado, lo siguiente:

- 1- Los turnos de IVE pueden demorar **entre dos semanas y tres semanas**. En algunos casos, se debe llamar al 0800, ser derivado al Ministerio de Salud y esperar hasta tres días más para el turno.

¹¹ Esto es un acompañamiento con té y alimentación nutritiva que no suplanta de ninguna forma la práctica de la interrupción farmacológica. Es decir, la medicina yuyera complementa un procedimiento que es veraz y científicamente avalado como seguro, sin intenciones de realizar la práctica bajo otros métodos que pongan en riesgo la salud y la vida de la mujer o persona gestante.

- 2- El área de salud reproductiva nacional "verdaderamente no existe" y hubo un paro en el tema de los consultorios de salud sexual. La reducción o falta de medicamentos como el Misoprostol es considerada un "mensaje político"
- 3- En lugar de ser atendida o referida a un colega interno no objetor, la usuaria es enviada a un hospital diferente, lo que implica recorrer **grandes distancias**. Tanto el Hospital Independencia como el Hospital Mama Antula derivan los casos directamente al Hospital Regional por falta de medicación o personal. Los hospitales zonales (como el de Ojo de Agua) también derivan al Regional o, en algunos casos de localidades al Este, derivan al Centro Integral de La Banda.
- 4- Las respuestas obtenidas por los profesionales sobre el recorrido de la mujer que solicita una ILE son variadas y contradictorias, lo que denota **la inexistencia de un circuito interno validado** o una política sanitaria **clara** para el abordaje de esta demanda.



D. Aborto e información sanitaria

20 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. Una usuaria asegura haber visto información sobre "IVE" (Interrupción Voluntaria del Embarazo) en la parte de obstetricia del Hospital de La Banda. La mayoría indicó haber observado campañas en contra del aborto durante la época del debate de la ley.

8 de cada 10 mujeres encuestadas jamás recibieron información sobre aborto (IVE/ILE) en una consulta de salud.

Respecto de la información disponible, relevamos lo siguiente en los servicios:

Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo: No se observó material informativo disponible ni en la administración. Había un cartel que detalla los pasos a seguir para la IVE/ILE (el primer requisito era enviar un mensaje de WhatsApp al 0800 provincial).

Hospital Independencia: No se hallaron carteles ni folletería de ningún tipo sobre salud/derechos sexuales y reproductivos.

CIS Dr. Ricardo Pololo Abdala (La Banda): Fue el único servicio observado que tenía un cartel del Ministerio de Salud de la Nación sobre derechos sexuales integrales con las leyes que los garantizan, además de un cartel sobre requisitos para IVE/ILE.

Hospital Mama Antula: No había carteles informativos ni folletos sobre DSR. Solo información sobre la campaña de lactancia materna y chequeos médicos.

CIS de Las Termas de Río Hondo: No había carteles ni folletería disponible sobre DSR.

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 que tenga en cuenta 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 un 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?**

En la experiencia de los profesionales de la salud, la mujer suele presentarse a la consulta en las primeras semanas de gestación, una vez que confirma la ausencia de menstruación:

- Las usuarias pueden llegar a los servicios después de dos meses de no menstruar.
- Esto se traduce típicamente en la semana ocho, o semana siete de gestación. Las mujeres "siempre esperan que puedan menstruar y si no, van".

A su vez indagamos y consultamos sobre **¿Hasta qué edad gestacional se realizan las interrupciones del embarazo?** El personal de salud aclaró que dentro de los plazos de la ley. En los casos de embarazo en menores que son víctimas de abuso, los hospitales han realizado interrupciones de "más semanas". Específicamente, se mencionan interrupciones por arriba de 22, 23, y 24 semanas en el caso de niñas.

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.

Indagamos con el personal de salud **¿Cree que la mujer puede elegir el tratamiento a través del cual se practique el aborto?** En las entrevistas se indicó que el tratamiento medicamentoso o quirúrgico son los disponibles en el sistema de salud público, pero que existe un consultorio privado en el que pueden acceder a un AMEU (Aspiración Manual Endouterina).

Se reportó que, en el Hospital de La Banda, se ha obligado a las mujeres a tomar la primera pastilla (Mifepristona) ahí en el lugar para que no vendan el tratamiento, y si se negaban, no se les

entregaba la medicación. Esto anula la capacidad de la mujer para decidir el momento y lugar de la interrupción.

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 santiagueñas 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.

6 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 se puede abortar con derechos. Es por ello que podemos concluir que **6 de cada 10** usuarias encuestadas no conoce estándares de calidad sobre la ley 27.610 que tiene 4 años de vigencia.

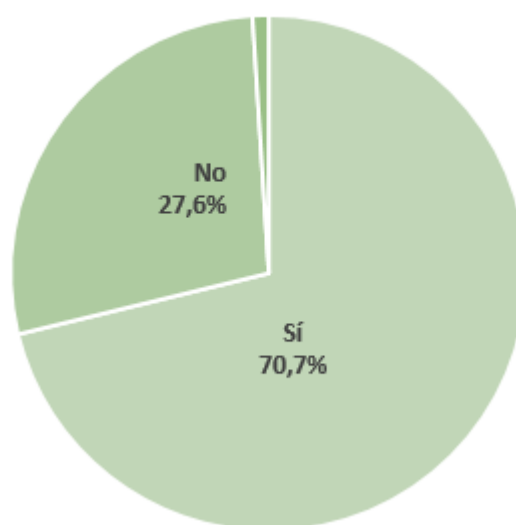


Este dato evidencia la falta de difusión de la Ley N° 26.710 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en concordancia con la Ley N° 26.529 de los “Derechos del Paciente” que garantiza a todas las personas con capacidad biológica de gestar: **asistencia sanitaria, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía e información sanitaria**. Si bien el conocimiento de las

usuarias que pueden abortar se conoce, lo que desconocen las usuarias es el resto de los derechos que poseen como pacientes. En Argentina abortar no solo es un derecho, si no que nuestra normativa nos asegura estándares de calidad de atención a cualquier persona que se presente ante el sector público, privado o de obra social.

Ante el miedo, la falta 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.

Recurriría al Hospital



Las razones para elegirlo varían: *“Consultaría en el servicio público porque tengo miedo de hacer algo y que me cause la muerte” (usuaria de 25 años); “Sí, a un hospital. En la UPA no porque nunca hay nadie” (usuaria de 20 años); “Iría a la UPA con mi ginecóloga que me trata bien” (usuaria de 37 años); “Servicio de salud pública. Para ver sus opiniones y recomendaciones” (usuaria de 38 años) “Vendría al Hospital. Está mal hacerlo en otro lugar, es riesgoso y peligroso” (usuaria de 51 años); “En un servicio de salud. Mi novio me diría que en los privados lo hacen mejor, pero yo dudo” (usuaria de 22 años); “Sí, porque si una decide así no más estás atentando contra tu vida. He visto mujeres hacerlo con té, meterse cosas, ruda con alcohol y plantas amargas” (usuaria de 62 años).*

La minoría de las mujeres que abortarían lo harían por su cuenta. Las razones son *“Por su cuenta”. “Privada”. “No confía en el público”*. Varias usuarias señalaron que, en caso de abortar, no lo harían en el Hospital Regional.

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 santiagueño, entre ellos, se destacan los **siguientes comentarios**:

“Deben atenderla bien” (usuaria de 32 años); “Higiene, asegurarle que no correrá riesgo su vida. Condiciones óptimas” (usuaria de 34 años); “Darle todo lo que ella necesita, sin cuestionamiento” (usuaria de 18 años); “El mejor servicio. Tienen que verla obstetras” (usuaria de 25 años); “Todos, toda la atención. Es tremenda la boca de las enfermeras” (usuaria de 47 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.

Ese mismo fallo indica que los abortos permitidos por la ley deben estar disponibles en todo momento en los Servicios de Salud. Sin embargo, 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.

Varias mujeres alegaron que conocen de médicos que se niegan a la atención por motivos religiosos. Dicen, sin embargo, que los mismos motivos pasan a un segundo plano cuando hay dinero involucrado en la consulta o el procedimiento.

Frente a la pregunta **¿Qué métodos conoce para provocarse un aborto?** las usuarias manifestaron conocer: pastillas, combi-pack, misoprostol, cirugía, yuyo casero, gancho, perejil, té de orégano, “rocío de la mañana” a cargo de una curandera y autoinfligido. 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 aquellas 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.

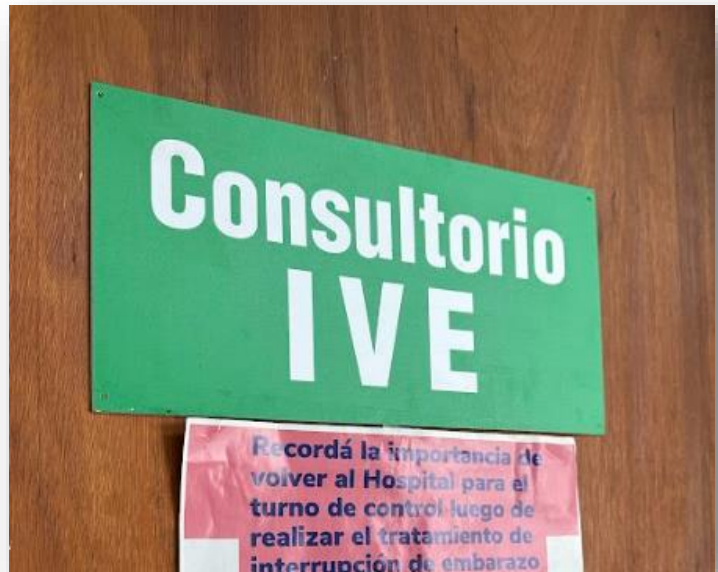
- **Trato digno:** respetar las condiciones personales y morales de la usuaria, erradicando prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con capacidad biológica de gestar.

- **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 usuaria. 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 está 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 usuarias respecto al ejercicio de sus Derechos Reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la usuaria 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 usuarias para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La usuaria tiene derecho a recibir la información sobre su salud, este derecho incluye el de NO recibir información inadecuada en relación con la que solicita. 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 médica-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:

- 1- La percepción general entre los profesionales es que la universidad no aborda "*para nada estos temas absolutamente*" en su currícula de grado.
- 2- La falta de enseñanza institucional obligatoria implica que la formación personal en estas herramientas es "*totalmente a mi cuenta*", sin que "*jamás nadie*" la haya proporcionado desde la institución. La capacitación es "*totalmente de bolsillo propio*".
- 3- Dentro de un taller dictado por la UNSE hubo un módulo específico de IVE, para el cual se invitó al equipo de consultorios y a redes de profesionales para hablar del tema.
- 4- Existió un esfuerzo de capacitación que se produjo después de la sanción de la ley. Ese esfuerzo ya no existiría bajo la nueva gestión.

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.

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

- 1- **Garantizar la interrupción en hospitales zonales** para aliviar la gran demanda que actualmente desborda al Hospital Regional. Si el servicio estuviera garantizado en diferentes hospitales zonales, no sería tan alta la demanda que tiene el hospital central.
- 2- Asegurar el envío constante y suficiente de insumos desde Nación, incluyendo métodos anticonceptivos (inyectables, pastillas) y medicamentos esenciales para la interrupción (como el Misoprostol).
- 3- Garantizar la ecografía de manera gratuita en los hospitales y Centros de Atención Primaria (UPA). Actualmente, la falta de ecografías gratuitas

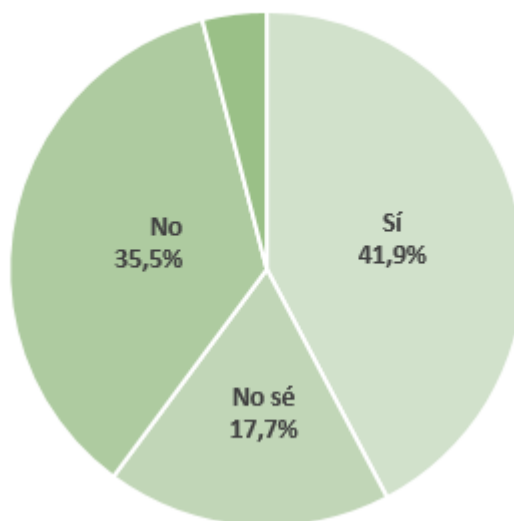
obliga a las mujeres a pagar costos muy altos en el sector privado, y es la principal causa de las demoras que hacen que "pasen las semanas" y pierdan el plazo legal.

- 4- Reducir significativamente los tiempos de espera para los turnos de IVE, que actualmente demoran entre dos y tres semanas.
- 5- Asegurar que la capacitación y formación del personal sean prioritarias. Es crucial que el mensaje de que la salud sexual es un derecho quede "muy claro," especialmente entre los profesionales.

G. Objetores de conciencia y aborto

4 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**: “Hay médicos que no están de acuerdo, pero si les pagás lo hacen” (usuaria de 31 años); “Porque defienden la vida” (usuaria de 43 años); “Porque hay muchos evangélicos que no están de acuerdo” (usuaria de 19 años); “Por la carrera de él, pierde el empleo” (usuaria de 49 años); “Ha salido que sí son religiosos” (usuaria de 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 usuaria 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 de la usuaria.

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

- Se afirmó que la mayoría de los profesionales son objetores de conciencia: "Todos, todos, todos menos unos pocos".
- Muchos ginecólogos derivan a las usuarias a consultorios privados porque "no quieren hacer" la interrupción.
- Una profesional entrevistada relata que incluso la presidenta de la Sociedad de Ginecología deriva a sus usuarias a consultorios privados, lo que implica una aceptación de la ley en la práctica, pero con la delegación del procedimiento.

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 vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.” 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 vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos, el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos. Específicamente incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que **se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva”**.

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”**.

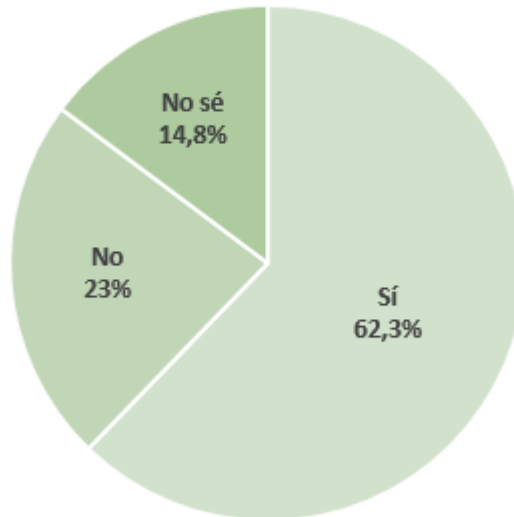
La Ley 26485, art. 6 inc. b) “Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a 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*

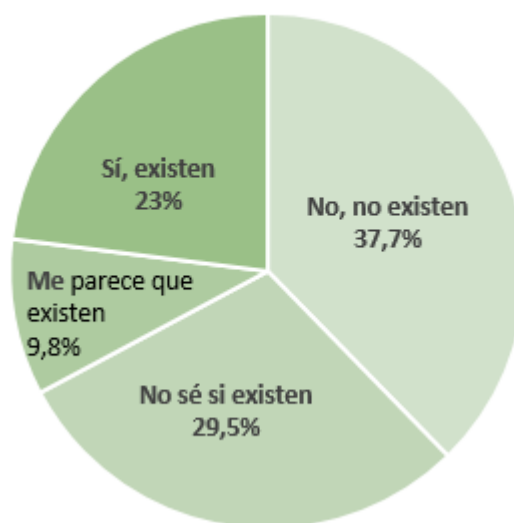
aborto no afecta a la necesidad de una mujer de abortar, pero sí a su acceso a un aborto seguro. Entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos, lo que equivale a entre 13.865 y 38.940 muertes causadas anualmente por la imposibilidad de practicar un aborto seguro.”

¿Puede negarse un médico?



Si bien **6 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 al personal de Salud



4 de cada 10 de las usuarias encuestadas conoce a alguna persona con capacidad biológica de gestar que abortó y **4 de cada 10 encuestadas que conocen a alguien que abortó** 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?” 2 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 usuaria 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

El **40,6%** 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 **39,4%** entiende que esa persona debería estar presa. El **9,2%** 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. El 26,2% de las usuarias santiagueñas considera que puede ir presa por abortar.

Los efectos 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:

- 1- Antes de la ley, hablar sobre el aborto se hacía "*por secreto, teléfono*". Después de la ley, las mujeres "*han hecho un empoderamiento*" que les permite decir abiertamente: "*Sí, quiero un IVE, quiero saber, si hacen aborto, sin ningún problema*".
- 2- Las mujeres ahora tienen una "*exigencia y una mirada distinta*" de sí mismas, reconociendo el acceso a estos servicios como un derecho.
- 3- Aunque la decisión de abortar siempre tiene un costo emocional, la ley facilita el acompañamiento para que el proceso no sea "más traumático".

8. ¿Qué pasó en el sector privado después de la sanción de la 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 cómo 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 obras 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".

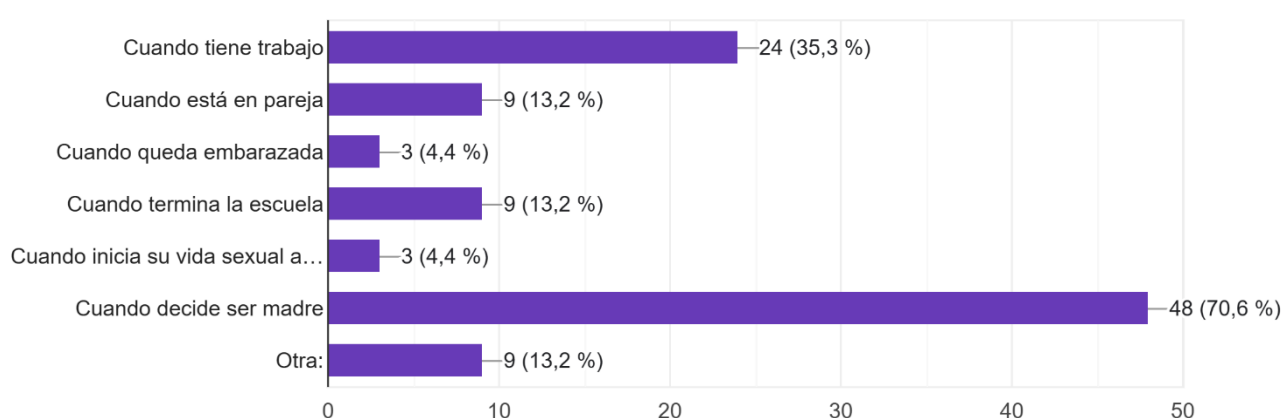
Es importante que las Obras Sociales garanticen IVE e ILE cumpliendo con los estándares de buenas prácticas para la atención, no solo porque así lo establece el art. 12 de la mencionada Ley, sino porque así se evitará que aquellas usuarias que posean cobertura no se vean obligadas a recurrir al sistema 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 santiagueñas 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 nos pareció importante profundizar sobre **¿Cuándo una mujer está en condiciones de ser madre?**



Los números nos muestran que **casi 5 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 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 santiagueñas? 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. En este monitoreo social feminista realizado en Santiago del Estero pudimos asomarnos a conclusiones alarmantes. Como señala Verónica Gago¹², cuando el Estado se retrae a través del ajuste, la sociedad, acostumbrada hace años al empobrecimiento y al endeudamiento, intenta resolver las urgencias de sus derechos humanos más básicos a través del financiamiento privado. Cuando el Estado abandona sus obligaciones y focaliza con saña el recorte en salud y en las políticas públicas destinadas a mujeres y personas con capacidad de gestar, ellas asumen las responsabilidades que le corresponden al sector organizado estatal y sedimentan aún más su empobrecimiento. Así, cuando faltan insumos básicos, métodos anticonceptivos y medicamentos, las mujeres buscan subsanar la violencia que se ejerce sobre ellas a través de estrategias de endeudamiento a favor de un sistema de capital que las empobrece y las expone aún más vulnerables a la inestabilidad generada por el ajuste y la inflación. Esto logra tornar el foco en una supuesta libertad de las mujeres para acceder por sus propios medios a lo más básico de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Esto vuelve opaca la responsabilidad del Estado en el recorte: el “no hay plata” no puede significar nunca un traslado del empobrecimiento estatal a las vidas de las mujeres y personas gestantes.

¿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 santiagueñas 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?

¹² Gago, Maria Veronica; La ultraderecha y la guerra contra las economías populares; Universidad Mayor de San Andrés; Umbrales; 44; 7-2025; 135-151

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. Los recortes en salud sexual y políticas de género son sistemáticos y planificados, lo que limita de forma persistente el acceso de las usuarias a cualquier nivel del sistema sanitario. Vaciar es derogar.

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 del personal de salud 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-burocráticos que superponen vulnerabilidad en virtud de las barreras geográficas.
- 9) **Impulsar** el funcionamiento de la potestad sancionatoria de la Administración para responsabilizar al personal de salud que viole los derechos de las usuarias y/o ejerza violencia de género en la atención de ILE o IVE.
- 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 violencia 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 978-631-91459-2-2



9 786319 145922

