

# **“CONTEMOS Y HABLEMOS DE ABORTO”.**

Interrupción Legal del Embarazo  
en el Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”.

Recreo. Santa Fe. 2013- 1015

## **Autores:**

Anaya, Marcela (Licenciada en Trabajo Social)

Campi, Martín Alberto (Médico Generalista y de Familia)

Chiapello, Jaquelina (Licenciada en Trabajo Social)

Donnet, Maria Isabel (Médico Generalista y de Familia)

Fauda, Miriam (Farmacéutica)

Martínez, María José (Licenciada en Trabajo Social)

Toffalo, Paola (Licenciada en Trabajo Social)

Yasukawa, Natalia (Médico Generalista y de Familia)

Yori, María Sol (Licenciada en Trabajo Social)

**Institución:** Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”. Ruta 5. KM 1,5. Ciudad de Recreo. (3000) Santa Fe. (0342) 4574922. mareysantafe@hotmail.com

**Tipo de trabajo (enfoque):** Cualitativo- cuantitativo

**Categoría Temática:** Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado

**TRABAJO INEDITO**

**Título:** “**CONTEMOS Y HABLEMOS DE ABORTO**”. Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”. Recreo. Santa Fe. 2013- 1015

**Autores:** Anaya, Marcela; Campi, Martín A.; Chiapello, Jaquelina; Donnet, María I; Fauda, Miriam; Martínez, María J; Toffalo, Paola; Yasukawa, Natalia; Yori, María S.

**Institución:** Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”. Ruta 5. Ciudad de Recreo. (3000) Santa Fe. (0342) 4574922. mareysantafe@hotmail.com

**Tipo de trabajo (enfoque):** Cual- cuantitativo

**Categoría Temática:** Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado

**Resumen del contenido:**

La salud sexual y reproductiva incluye a la interrupción legal del embarazo (ILE) como una política pública que debe garantizar el acceso a una práctica legal y segura. **Objetivos:** relevar epidemiológicamente la población de mujeres que realizaron ILE en el Hospital Protomédico Manuel Rodríguez en el periodo junio del 2013 marzo del 2015 y profundizar su experiencia en lo que denominamos la trayectoria del aborto. **Investigación cuali-cuantitativa** que describe la casuística y analiza 8 entrevistas a mujeres que realizaron ILE. La mayoría eran jóvenes con hasta 2 hijos, no usaban un método anticonceptivo, debieron trasladarse entre 10 y 80 Km. de su domicilio, se trato de gestas menores de 11 semanas, se realizaron en forma ambulatoria y resultaron efectivos. Aparece la decisión tomada desde un primer momento, la búsqueda de una practica segura las motivo a recorrer múltiples efectores de salud y el procedimiento les resulto sencillo. Ninguna conocía la legalidad de la práctica, esto refuerza la angustia y la culpa que viven en la decisión y momentos posteriores, reforzado por modelos sociales, religiosos y hegemónicos. Destacamos al equipo de salud como garantes de accesibilidad y acompañamiento, y la necesidad de sensibilizar a los trabajadores de la salud en la temática como un problema de salud publica.

**Palabras Claves:** ILE- acompañamiento-equipo de salud – derecho – accesibilidad

**Soporte técnico para presentación:** cañón de proyección

## **“CONTEMOS Y HABLEMOS DE ABORTO”.**

Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”.

Recreo. Santa Fe. 2013- 1015.

### **INTRODUCCIÓN:**

Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para la realización de abortos han evolucionado ampliamente. A pesar de estos avances, se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres. Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto.

La mortalidad materna lleva más de diez años sin disminuir en la Argentina. Las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones inseguras siguen siendo la primera causa de estas muertes. A pesar de que el país ha firmado tratados y compromisos internacionales que obligan a los Estados a atender esta problemática, Argentina está lejos de llegar a la meta propuesta para el año 2015 en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducir en un 75% la tasa de fallecimiento de mujeres gestantes.

Preocupadas por las consecuencias del aborto inseguro, organizaciones sociales, activistas y profesionales de la salud conformaron una red con el fin de difundir el uso del misoprostol como método seguro para la interrupción de embarazos tempranos y promover el debate legislativo para la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

Este trabajo, presenta la experiencia en el uso de este método citado en el Hospital Protomédico Manuel Rodríguez (HPMR) de la ciudad de Recreo, provincia de Santa Fe, desde junio de 2013 a marzo de 2015, desde dos enfoques. En primer lugar se presenta la casuística con diferentes datos y variables y en segundo lugar se trabaja con entrevistas realizadas a ocho mujeres que relatan sus historias y sus vivencias.

## **MARCO TEÓRICO:**

### **Un panorama general:**

Los Derechos Sexuales y Reproductivos también son Derechos Humanos y deben ser tratados como tales. Los Derechos Sexuales y Reproductivos comprenden el derecho a disfrutar de los niveles más altos de Salud Sexual y Reproductiva. (Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena, 1993). El concepto de Salud Reproductiva aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo (1994), y ratificado en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), refiere a la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. La salud sexual tiene por meta el desarrollo de la vida y las relaciones personales, y no se restringe al asesoramiento y la atención en materia de salud y enfermedades de transmisión sexual. La Conferencia en El Cairo, antes citada también reconoce al aborto como un problema de salud pública en tanto pone en peligro la vida de innumerables mujeres en el mundo. El mandato emanado del Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), establece en su Art. 16 el derecho de la mujer a ejercer plena y libremente sus funciones reproductivas, incluido el derecho a decidir si tiene o no hijos. En este sentido, los estados tienen la responsabilidad de revisar las leyes que penalizan a las mujeres que recurren al aborto, así como de mejorar las condiciones de acceso al aborto legal y seguro para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Existe en la actualidad el aborto no punible (ANP), que es aquél permitido por la ley. Pero ciertamente, aún hoy en día, existen barreras administrativas en nuestro país que enfrentan las mujeres en condiciones de acceder a un ANP. Algunas de ellas son:

- una interpretación restrictiva de las causales de no punibilidad,
- la exigencia de la intervención de comités de ética o autoridades sanitarias y
- la judicialización indebida de la autorización de ANP ,
- el temor legal de los profesionales sanitarios, así como
- prejuicios sociales y/o valores morales personales.

Todo este entramado conspira contra el correcto ejercicio del derecho a la salud y a la autonomía de la mujer, produciendo demoras en el diagnóstico de situación y en la prestación del servicio, lo cual puede resultar en daño psíquico y en la prolongación de la gestación que se desea interrumpir, con el consecuente incremento del riesgo físico y de

muerte para la mujer y el agravamiento de su sufrimiento psíquico. Por lo que el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, elaboró una “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles” en el año 2007, que aún cuando tiene plena vigencia, ha carecido de total efectividad, ya que su aplicación ha sido –en la práctica- nula, ya por desconocimiento, ya por voluntaria omisión. A partir del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, ha resurgido la necesidad de establecer protocolos intrahospitalarios de atención de los ANP, de modo de garantizar el acceso a una práctica legal y segura, para todas las mujeres que se encuentren dentro de las previsiones de la norma (art. 86 Código Penal)<sup>1</sup>.

La causal salud es uno de los supuestos de permisión legal para la interrupción del embarazo consagrados en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Esta causal se refiere a la posibilidad de la interrupción del embarazo cuando éste pone en riesgo la salud de la mujer. Sin embargo, su aplicación práctica ha estado acompañada de un conjunto de obstáculos que ha provocado que muchas mujeres no accedan a servicios seguros y oportunos de interrupción del embarazo, pese a que estos son legales. Uno de los debates más recientes en el tema de la Interrupción Legal del Embarazo/ILE, ha sido justamente la definición de los alcances de la causal salud, dado que sus interpretaciones por parte de las y los profesionales de la salud, obstaculizan o favorecen, el acceso oportuno a servicios. A este debate han contribuido, en gran medida, decisiones jurídicas muy significativas, así como un conjunto de compromisos internacionales, que obligan a estos profesionales a interpretar en forma amplia e integral el concepto de salud. Cada vez es más claro, por ejemplo, que las interpretaciones de los alcances de la causal se deben someter al marco amplio de protección de los derechos humanos y constitucionales de las mujeres, que resultan vinculantes y reconocidos por los países de la región.

---

<sup>1</sup> En marzo de 2012, en el caso “F.A.L.”<sup>1</sup>, la corte suprema de justicia de la nación (csjn) aclaró que *toda* mujer embarazada como resultado de una violación tiene derecho a acceder a un aborto no punible sin importar su capacidad intelectual. También remarcó que la mujer no debe solicitar una autorización judicial previa para acceder a la práctica y que las mujeres que fueron víctimas de una violación no tienen la obligación de realizar la denuncia penal del delito sino que basta que completen una declaración jurada en la que manifiesten que el embarazo es producto de una violación. Asimismo, en el precedente mencionado, la csjn exhortó al estado nacional y a las jurisdicciones provinciales a que sancionen protocolos hospitalarios que garanticen el acceso de las mujeres a abortos no punibles (anp) y a los poderes judiciales a que no obstruyan el acceso a los servicios.

Se entiende, entonces, el derecho a la salud como interdependiente de los derechos a la vida, la dignidad, la autonomía, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la no discriminación, la igualdad, la intimidad, la privacidad, así como a estar libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes, como ha sido caracterizada la continuación forzada de un embarazo o la falta de acceso a la interrupción legal de éste, cuando la salud está en riesgo. De esta interdependencia entre los derechos, se deduce que el derecho a la protección de la salud implica más que el mantenimiento de la vida en un sentido biológico, y que esta se relaciona con el bienestar, con los determinantes sociales de la salud y con el proyecto de vida elegido por cada mujer. Además, se argumenta que son necesarias otras garantías para expresar debidamente la preeminencia de la protección de la salud de la mujer establecida por la causal salud y para consolidar el respeto por la decisión de las mujeres, sobre la interrupción de un embarazo cuando este implica riesgos. Tales garantías son la laicidad del estado y el respeto y protección de los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

#### **En Santa Fe:**

En el marco de considerar al aborto como un problema de salud pública, nos parece interesante conocer algunos datos de la provincia de Santa Fe<sup>2</sup>

- **Cantidad de mujeres en edad fértil (10-45 años):** 865.560
- **Tasa de Natalidad:** 16,9
- **Tasa de Mortalidad Materna:** 2,8
- **Cantidad anual de muertes maternas:** 16
- **Cantidad anual de muertes maternas por Aborto:** 1
- **Cantidad anual de egresos hospitalarios por causal Aborto:** 4.408
- **Cantidad de ANP solicitados y/o practicados en 2014:** Sin datos. El Ministerio

de Salud provincial no dio respuesta al pedido de acceso a la información pública que se le remitiera a fin de obtener datos oficiales sobre este punto.

---

**2 ACCESO AL ABORTO NO PUNIBLE EN ARGENTINA: ESTADO DE SITUACIÓN - MARZO 2015. BUENOS AIRES: ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES, 2015. CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA**

Asimismo, en esta provincia, esta práctica está aprobada por la Resolución N° 612/2012 del Ministerio de Salud, que adhiere a la Guía Técnica de Atención Integral a los Abortos No Punibles del Ministerio de Salud de la Nación (2010). (Fecha de aprobación 17/4/2012). En dicha resolución se contemplan la causal salud/vida y causal violación. En mayo de 2014, se aprobó un proyecto presentado por María Eugenia Schmuck y Norma López, concejales de la Legislatura de Rosario, para solicitar a los laboratorios estatales que fabriquen misoprostol y garanticen así los abortos no punibles con el método menos riesgoso e invasivo.

### **Algunas conceptualizaciones:**

#### **Salud de las mujeres en situación de aborto:**

Decidir y transitar un aborto es un evento importante a considerar dentro de la salud integral- física y subjetiva- de la mujer. Consideramos a esta, como resultado de la tensión existente en la “salud- enfermedad- atención”, proceso que se resuelve dando lugar a una posición más firme o más vulnerable, tanto en su dimensión biológica como simbólica (subjetividad). El proceso salud- enfermedad es “una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y vida” (Rojas Soriano, 1995) y del acceso real a los servicios de salud de calidad. Por esto, para describir y comprender lo que sucede en la salud de las mujeres en situación de aborto debemos incluir variables sociales que den cuenta de los contextos sanitarios, históricos, familiares e individuales en que se dan estas situaciones.

#### **La accesibilidad como eje:**

La accesibilidad de la población al sistema de salud constituye uno de los elementos fundamentales de la noción misma de Atención Primaria de la Salud (APS), como fue definida en la *Declaración de Alma-Ata* de 1978 y reafirmada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2007. Sin embargo, si bien el concepto de accesibilidad ha sido utilizado en diversos trabajos científicos y documentos institucionales, muchas veces se utiliza de manera imprecisa o con limitada profundidad conceptual, particularmente en lo que se refiere a la dimensión cultural de la accesibilidad. La mayor parte de ellos diferencia entre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, o entre accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural.

Como señalan Travassos & Martins, existen dos líneas conceptuales para definir la accesibilidad. Por un lado, están quienes consideran la accesibilidad como una característica de la oferta de los servicios de salud, entendiéndole como aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan el hecho de que los usuarios puedan acceder y recibir la atención que necesitan. No obstante, la mayor parte de los autores tienden a pensar la accesibilidad en términos del ajuste, entre las características de los servicios y sus profesionales, y las necesidades, situaciones o particularidades de la población que se busca beneficiar. **En esta línea, se tiende a concebir la accesibilidad como la posibilidad y/o capacidad de los usuarios de recibir cuidados de salud de manera ágil cuando resulta necesario**, lo que permite centrarse en la articulación entre la oferta de los servicios de salud y las características de la demanda.

Vista así, la noción de accesibilidad se muestra como un concepto relacional, ya que se refiere al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud, siendo imposible plantearse el acceso, sin considerar la articulación entre ambos. De este modo, cobra sentido plantearse el concepto de barreras de acceso, entendidas como aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios, obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria. Así, la accesibilidad quedaría definida como la articulación o ajuste entre las características de la oferta (es decir, del sistema de salud y sus profesionales) y las características y necesidades de la demanda, pudiendo existir barreras que limiten la posibilidad de acceder a una atención satisfactoria en el ámbito de la salud.

#### **Acceder al sistema de salud no es suficiente.**

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, propone considerar al acceso como el uso de los servicios de salud en el tiempo adecuado para obtener el mejor resultado posible. Aquí, la obtención del mejor resultado posible, estaría incluyendo la dimensión del impacto en la salud como resultado del acceso al sistema.

**Así, convendría hablar de accesibilidad (o acceso) no ya al sistema de salud, sino a los beneficios que éste puede proveer en términos de salud, dejando de asumir que el acceso al sistema implica, en sí mismo, un impacto positivo en la salud de las personas.** Entendida así, la accesibilidad psico-socio-cultural puede ser conceptualizada como una interfaz social. Long, define a la interfaz social, como *“un punto crítico de intersección entre diferentes mundos de vida, campos sociales o niveles de organización social en donde es más probable localizar discontinuidades sociales, basadas en discrepancias en valores, intereses y*

*poder*". Este concepto resulta interesante, ya que permite poner el foco en las discontinuidades que se observan, en el contexto de la atención médica, entre los profesionales de la salud (portadores de saberes médicos o científicos) y los pacientes (poseedores de saberes empíricos, experienciales o cotidianos), situación que se traduce en diferentes intereses y prioridades. Siguiendo a Long & Villarreal, es importante señalar que, dadas las diferencias que existen en los marcos de sentido que guían las conductas de profesionales y pacientes en el contexto de la interacción en las interfaces, será posible observar conflictos, acomodamientos e imposiciones entre ellos, en relación a qué es lo que debe hacerse para enfrentar un determinado problema de salud, y a qué debe considerarse como conocimiento verdadero y a qué como prejuicio o como mera "creencia cultural".

En el contexto de la salud, el concepto de interfaz puede ser utilizado para estudiar el modo en que se implementan políticas, iniciativas o acciones en salud que llegan a la población.

#### **Barreras a la accesibilidad:**

Como en otros países latinoamericanos, **la oposición de la Iglesia Católica** es uno de los factores principales por los que se mantiene la prohibición. En este contexto, Católicas por el Derecho a Decidir nos ofrece una alternativa al discurso oficial de la Jerarquía de la Iglesia Católica, desde una perspectiva católica y feminista. Consideran coherente con su identidad católica y feminista el trabajo por el derecho a decidir, el acceso a la educación sexual, la anticoncepción, la salud integral y la despenalización y legalización del aborto. Parten del supuesto que hombres y mujeres tienen la capacidad moral de tomar decisiones serias y responsables sobre su vida. Consideran que el debate debe darse fuera de los absolutismos, tanto del derecho de la mujer como del derecho del feto. El valor central a ser rescatado es el reconocimiento de la mujer como agente competente y moralmente capaz de ejercer su derecho a tomar decisiones.

Si la decisión de realizarse un aborto está sujeta a la conciencia de cada mujer, entonces es importante considerarlas agentes morales competentes y habilitados para tal fin. Según Católicas por el Derecho a Decidir, ninguna mujer debería ser forzada a continuar con embarazos que ellas consideran una antítesis de sus necesidades y de sus identidades, ni tampoco debería ser forzada a llevar a término un embarazo sin su consentimiento. Para pensar a las mujeres como seres éticos, capaces de decidir moralmente, y como ciudadanas

de pleno derecho, tenemos que restituir al proceso reproductivo su carácter totalmente humano, es decir, retirarlo del ámbito exclusivamente biológico.

Por otro lado, como una barrera más, **el factor económico** profundiza la brecha entre las mujeres de sectores de alto poder adquisitivo de la sociedad y las mujeres pobres, ya que las primeras pueden acceder a abortos sin riesgos, mientras que las últimas exponen su salud a través de diversas prácticas relacionadas con el saber popular o en manos de personas no idóneas, transitando circuitos clandestinos e inseguros para esta práctica.

**El discurso médico** también aparece muchas veces obstaculizando el acceso al aborto. Un estudio realizado en los hospitales públicos de la Ciudad de Córdoba cuyo objetivo era conocer las representaciones, actitudes que construyen y expresan los profesionales respecto de la realidad del aborto (Morales, MG y Querro, RdL. 2007- 2008) concluye estableciendo en su muestra cuatro grupos de profesionales:

El primer grupo está formado por el 20% de la muestra. Este grupo lo componen los profesionales de salud que expresan una posición clara de rechazo en relación a la interrupción voluntaria de la gestación.

Más del 80% de los sujetos del grupo, manifiesta desacuerdo según su posicionamiento personal e ideológico con la interrupción voluntaria de la gestación en aquellas situaciones donde el embarazo es producto de una violación en todos los casos. Este grupo está en desacuerdo con la despenalización del aborto en la mayoría de las situaciones, incluyendo las que afectan la salud física como también las circunstancias en las que el embarazo es producto de una violación. Apoyando estas ideas, más de la mitad del grupo está en desacuerdo con que despenalizar el aborto, contribuiría a disminuir las muertes maternas por aborto provocado. En relación a lo que representa el aborto, más de la mitad está de acuerdo con que es una ofensa a Dios y el 75% acuerda con que es una práctica contra la moral y la ética." ("Los profesiones de la salud y el aborto" Morales, MG y Querro, RdL. 2007- 2008).

### **Trayectoria del aborto:**

El concepto trayectoria del aborto es una forma de organizar la secuencia en que se desarrolla la interrupción voluntaria de una gestación. Contempla momentos claves, situaciones significativas que van desde el momento en que una mujer se entera de la gesta y decide interrumpirla, con las implicancias en su salud física y subjetiva, incluyendo la

dimensión relacional en que se desarrolla todo el proceso. A esto nosotros, en este trabajo, le sumamos los circuitos que se deben recorrer en el sistema de salud para acceder a la práctica.

En relación a las implicancias subjetivas del aborto varios autores coinciden en que es imposible pensarlas independientemente del contexto donde se realiza la práctica. Es central tomar en cuenta las condiciones de posibilidades sociales e históricas, que dan cuenta de distintas construcciones subjetivas acerca de las situaciones, incluida las situaciones de aborto. “No confundir el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas, con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener que deprimir frente a su decisión personal de abortar ó no” (Fernández y Tajer, 2006)

### **El Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”:**

El Hospital “Protomédico Manuel Rodríguez” se encuentra ubicado en la zona rural de la ciudad de Recreo a 15 Km. al norte de la ciudad de Santa Fe, departamento La Capital, provincia de Santa Fe, república Argentina. Es un hospital integrado a la red de efectores públicos provinciales santafesinos. En la actualidad atiende en internación niños y adultos con patologías de mediano y bajo riesgo, y en sus consultorios externos cuenta con varias especialidades médicas, odontología, y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para pacientes de una extensa área que comprende los distritos comunales de Monte Vera, Recreo, Arroyo Aguiar y Candiotti, recibiendo también pacientes provenientes de Laguna Paiva, Nelson, y otras localidades ubicadas al norte de la ciudad de Santa Fe, así como numerosos pacientes provenientes de los barrios del norte de la ciudad capital, área muy densamente poblada y con altos índices de pobreza

El Hospital, se ha ido configurando como un hospital general, organizando hoy sus sistemas teniendo como eje estratégico principal **la atención primaria de la salud (APS)**. Desde esta mirada entendemos que **la salud es un derecho humano** y que **el proceso Salud– Enfermedad- Atención es un fenómeno continuo e histórico**. Continuo en cuanto dinámico e histórico en tanto proceso de construcción socio- cultural. Y en el acompañamiento por ese proceso que, trabajadores de la salud e instituciones hacemos a las comunidades, aparecen importantes lineamientos sobre los que se orienta nuestro trabajo.

**La Interdisciplina** como una de las principales sistemáticas de trabajo. De esta manera los problemas de salud individuales y sociales, se analizan más integralmente, se

complejizan, se amplían los abordajes para poder tejer líneas de soluciones más flexibles, de acuerdo a cada realidad.

**La articulación** con los otros niveles de atención, no solo en la comunicación hospital- centro de salud (por los pacientes internados o derivados por ejemplo), sino también en las actividades del servicio social en constante relación con las comunas y referentes del área programática; lo cual constituye el **trabajo mismo en el seno de las comunidades**.

Esa misma articulación nos permite brindar **asistencia** a cualquier individuo en forma **continua e integral, organizando y referenciando su paso a través del Sistema de Salud**; en cualquier etapa de su ciclo vital desde un enfoque tanto individual, como familiar y comunitario.

El **crecimiento y la adaptación a las necesidades de la población**, que se señalan desde su historia, continúan hoy siendo un proceso institucional continuo. Nuevos problemas socio-sanitarios de las poblaciones, por ejemplo las adicciones, la violencia, embarazos no deseados, han podido ser tomados, y en constante debate al interior institucional y con otros equipos y niveles, dar la contención necesaria.

#### **Breve historia:**

En el año 1992, cuando aun no existían a nivel nacional ni provincial una ley de salud sexual y reproductiva (o similar), se implementa en el HPMR un consultorio de salud de la mujer que entre otras prácticas específicas como la realización de PAP por ejemplo, se recetaban y dispensaban pastillas anticonceptivas orales. Solo se contaba con muestras médicas lo que limitaba la atención. En el año 1993 a través de un contacto con la Asociación Argentina de Planificación Familiar, se inician las gestiones de compra de ACO, ACI y DIU a través de la Cooperadora del HPMR. Estos insumos se vendían a un costo muy bajo que pagaban aquellas pacientes que podían (en caso de que la paciente no pudiera costearlo, se otorgaban igual). Esta actividad también implicaba el asesoramiento y acompañamiento de las pacientes desde este consultorio, en articulación con el servicio social y la farmacia del hospital. Esta práctica se extendió a los centros de salud y a otros hospitales de la Región. Esto se complementaba con actividades de promoción como talleres en diferentes instituciones comunitarias, los que dieron comienzo aún antes del inicio del consultorio de Salud de la mujer.

**De esta manera, se evidencia al HPMR como pionero en políticas institucionales que protejan la salud sexual y reproductiva de la población.**

Con el paso del tiempo ya iniciando los años 2000, la nación y la provincia, comienzan a trabajar tomando estas problemáticas, e implementando políticas que aseguran el suministro de insumos y apoyo a este tipo de actividades. En el año 2001 se sanciona la Ley Provincial Nº 11888 que crea el Programa de Procreación Responsable en la Provincia de Santa Fe. Luego, en el año 2003, a través de la ley 25673 se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Esto permite, que a mediados del año 2003, comience la provisión de insumos proveniente de la Dirección de Farmacia, Bioquímica y Droguería Central dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Desde el año 2010, es el propio Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), de gestión provincial, quien produce los anticonceptivos orales que se distribuyen, a través del Programa Remediar, a todos los Centros de Salud del país.

\*Es importante aclarar antes de continuar que la expresión “realizó una **ILE EN EL HPMR**” significa que el equipo de salud del hospital asumió el rol de acompañamiento de la mujer durante todo el proceso o en parte del mismo. Esto significa desde la prescripción del medicamento (receta) por la falta de accesibilidad en otros servicios ó facilitar el procedimiento en internación hasta el acompañamiento integral por falta de respuesta a su demanda en su centro de referencia. Siempre referenciando y garantizando el seguimiento posterior por un equipo de salud.

**EL PROBLEMA. JUSTIFICACIÓN:**

Siguiendo las políticas provinciales respecto del Aborto No Punible, desde el año 2011- 2012, el HPMR incluye dentro de sus prácticas la ILE. Esta práctica implica el acompañamiento integral a toda mujer que, en situación de crisis ante un embarazo no deseado, desee y decida realizar una ILE. También esta práctica significa para nosotros una profunda convicción acerca de:

- El DDHH que le corresponde a toda mujer de decidir sobre su propio cuerpo y su propia vida.

- Nuestro compromiso y obligación, como trabajadores de la salud, de informar, asistir, acompañar estas situaciones.
- Facilitar el acceso a una práctica segura.

Pocos son los efectores de salud de la Provincia de Santa Fe donde las mujeres encuentren predisposición y acompañamiento en estas decisiones. En el proceso de admisión de las pacientes muchas son las ocasiones en las que escuchamos relatos sobre las dificultades y obstáculos que se ponen en los efectores de salud para acceder a las ILE.

Ante estas situaciones, luego de un tiempo de trabajo, nos preguntamos:

**Quiénes son las mujeres que han consultado y realizado una ILE?Cuál es la edad más frecuente?Cuál es su historia ginecológica previa? De qué lugares vienen? Están solas ó en pareja?Cuál fue el resultado de las ILE realizadas?**

Y también:

**Cuáles son los circuitos en el sistema que recorren las mujeres cuando deciden hacer una ILE? Esa decisión la tomaron solas o acompañadas? Quién acompañó esta decisión? Cuáles son las dificultades a la accesibilidad en los efectores de salud? Cómo viven estas situaciones las mujeres? Cómo fue y vivieron el procedimiento? Se sintieron acompañadas en el tiempo posterior?**

La revisión y el relevamiento de esta población de mujeres nos permitirán contar con información para mejorar nuestras intervenciones, construyendo además evidencia en ILE. Por otro lado, indagar acerca de la accesibilidad constituye un aporte a la discusión acerca de los derechos y obligaciones de pacientes y trabajadores de la salud. Debates que creemos debemos continuar dando.

### **PROPÓSITO:**

Construir evidencia y detectar problemas relacionados con la accesibilidad a una práctica de derecho.

### **OBJETIVOS GENERALES:**

- Relevar epidemiológicamente la población de mujeres que realizaron ILE, en el HPMR en el período comprendido entre Junio de 2013 y marzo de 2015.
- Profundizar la experiencia de mujeres que accedieron a la realización de ILE en el HPMR en el período comprendido entre Junio de 2013 y marzo de 2015.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Definir a las mujeres que realizaron ILE en HPMR entre el 1º de junio de 2013 y el 31 de marzo de 2015, por grupo etéreo, localidad de origen y estado civil; entendido este último como la presencia ó no de pareja.
- Relevar los antecedentes obstétricos: N° de gestas y abortos previos y utilización de MAC al momento de producirse el embarazo de las mujeres que realizaron ILE en HPMR entre el 1º de junio de 2013 y el 31 de marzo de 2015.
- Describir a las mujeres que realizaron ILE en HPMR entre el 1º de junio de 2013 y el 31 de marzo de 2015 según el lugar donde se realizó dicha interrupción: en internación en forma ambulatoria, así como la dosis y vía de administración de misoprostol indicada.
- Listar a las mujeres que realizaron ILE en HPMR entre el 1º de junio de 2013 y el 31 de marzo de 2015, según esa práctica haya sido ó no efectiva.
- Indagar acerca del contexto sociofamiliar y de la experiencia de haber realizado una ILE.

### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

- Tipo de estudio:

**1º Parte:** Relevamiento de datos tomando distintas fuentes de información (se enuncian luego). **Cuantitativo. Descriptivo. Corte Transversal.**

**2º parte:** Entrevistas personales en profundidad que permitan indagar acerca de distintas variables. **Cualitativo.**

- Lugar de realización: Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”.

- Variables:

#### **1º parte:**

- Edad.
- Localidad de origen.
- “Estado Civil” (Con pareja - Sin pareja).
- Gestas previas.
- MAC usados previamente.
- Edad gestacional (en semanas).
- Fecha de realización (mes/ año).
- Lugar de realización de ILE (Ambulatorio- Internación).

- Vía de administración del misoprostol.
- Dosis administrada de misoprostol.
- Resultado de la intervención: Efectivo- Inefectivo.

Definiéndose como **EFFECTIVO**: Cuando se logra la expulsión completa del producto de la gestación sin complicaciones; sean estas: sangrado abundante que descompense hemodinámicamente a la paciente, presencia de restos en cavidad uterina (ECO) ó signos de infección ó **NO EFFECTIVO**: cuando se presentaran alguna de las complicaciones antes mencionadas.

### **2º parte:**

**Categorías o variables cualitativas:** Hemos definido cuatro momentos o etapas que constituirían el tiempo de la vivencia de una ILE. Si bien esta vivencia no se acaba en estas etapas, a los fines de esta investigación y de la realización de las entrevistas, fue necesaria esta “división”. Le agregamos a esto, el contexto social y familiar de la mujer.

- 1- Contexto social y familiar.
- 2- La decisión.
- 3- Accesibilidad al sistema de salud.
- 4- La vivencia del procedimiento.
- 5- El seguimiento posterior.

- **Población a estudiar:** Todas las mujeres que realizaron una ILE en el HPMR en el período comprendido entre Junio de 2013 y marzo de 2015.
- **Unidad de análisis:** Toda mujer que realizó una ILE en el HPMR en el período comprendido entre Junio de 2013 y marzo de 2015.
- **Fuentes y recolección de datos:**  
Para la **1º parte**, se toman como fuente de datos.
  - en primer lugar la base de datos de las mujeres a las cuales se les expendió el medicamento misoprostol perteneciente a la farmacia del HPMR (Fuente secundaria).
  - en segundo lugar, se completa esa información con las historias clínicas (HC) realizadas en el HPMR ya sea en consultorio externo ó en internación ó en el centro de salud correspondiente (Fuente secundaria).

- Luego de esto, se busco personalmente a cada paciente cuyos datos eran incompletos para completarlos.

Para la 2º parte, se realizan entrevistas abiertas para la indagación de variables cualitativas. Se seleccionan 8 mujeres que hayan realizado ILE en el hospital en un muestreo por conveniencia que asegure la mayor variabilidad posible de contextos, miradas, experiencias y enfoques de la vivencia de la ILE.

### **RECAUDOS ÉTICOS**

Para la recolección de datos se tendrá en cuenta el principio de justicia que define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas.

Determina el deber correspondiente de respetar la diversidad en las materias mencionadas y de colaborar a una equitativa distribución de los beneficios y riesgos entre los miembros de la sociedad.

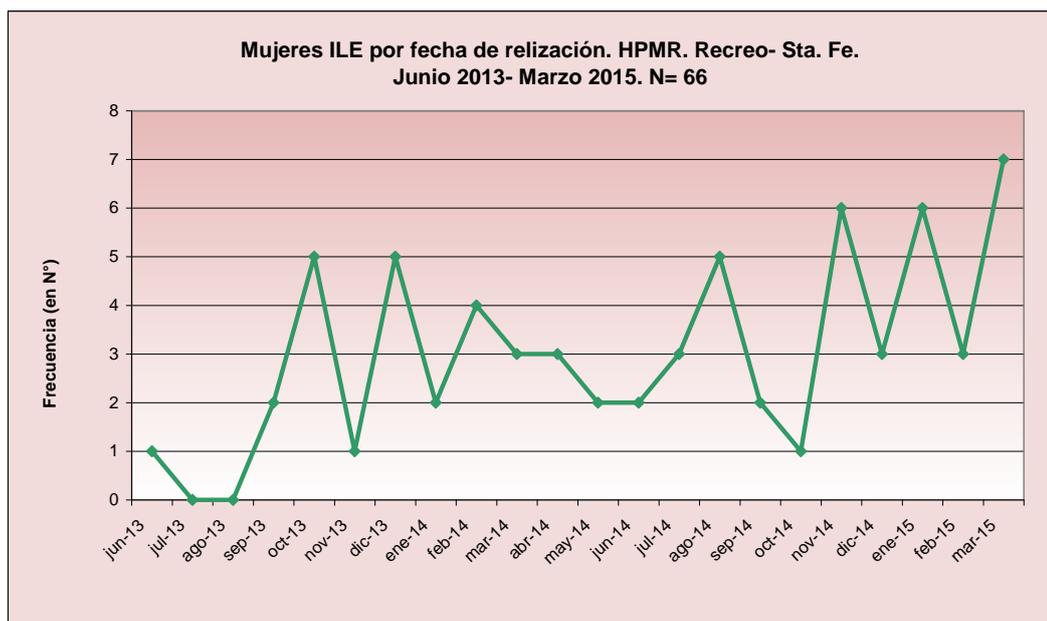
El principio de beneficencia, que define el derecho de toda persona de vivir de acuerdo con su propia concepción de la vida buena, a sus ideales de perfección y felicidad, que esta íntimamente relacionado con el principio de autonomía, determina también el deber de cada uno de buscar el bien de los otros, no de acuerdo a su propia manera de entenderlo, sino en función del bien que ese otro, busca para sí.

### **RESULTADOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

#### **Primera parte:**

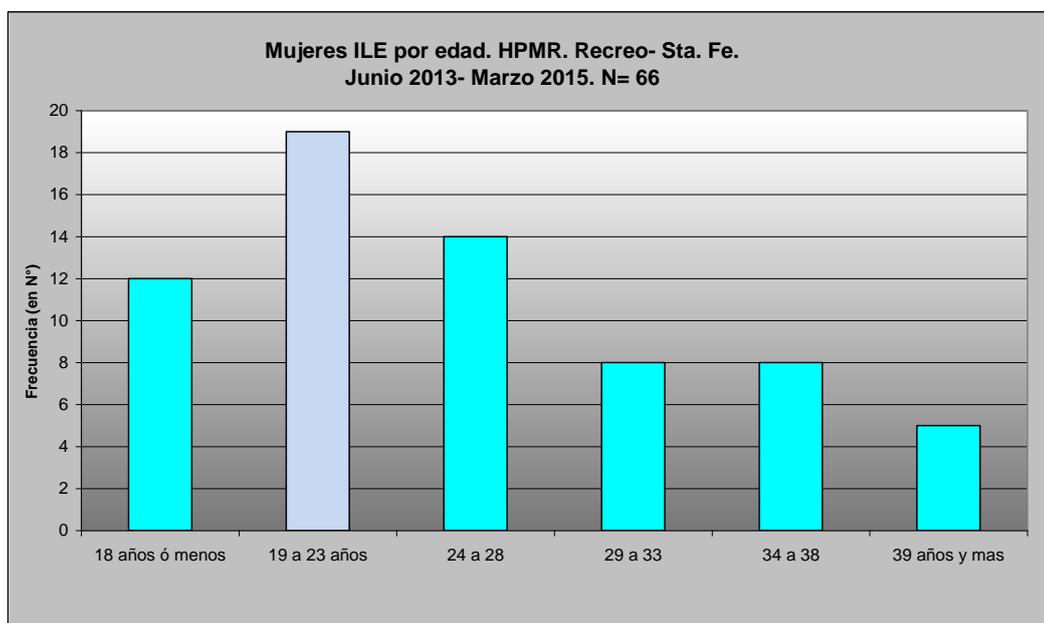
#### **“La evidencia de los números”**

En el HPMR entre el 1º de junio de 2013 y el 31 de marzo de 2015, se realizaron 66 ILE. No se observa en el gráfico a continuación, picos mensuales determinados, sino progresivos aumentos mes a mes desde fines de 2014 y hasta lo registrado en 2015.



Fuente: Reg. Farmacia e HC HPMR

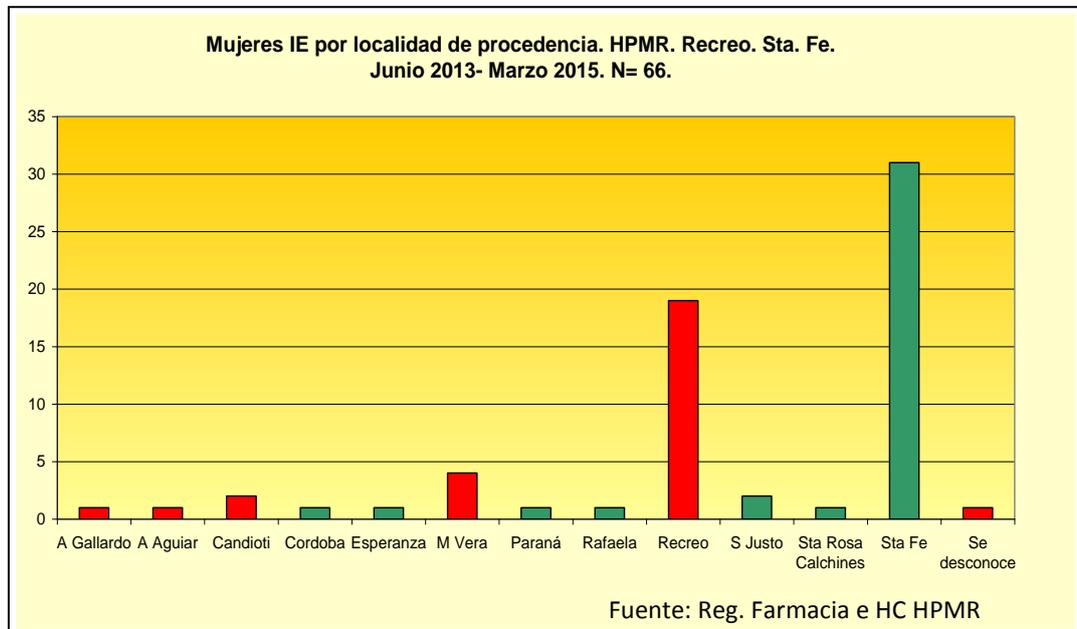
El promedio de edad de las mujeres que realizaron esta práctica fue de 25 años. El grupo etáreo más numeroso lo constituye el de 19 a 23 años, siguiéndole el de 24 a 28 años y luego el de adolescentes de 18 años y menos.



Fuente: Reg. Farmacia e HC HPMR

Realizamos una observación pertinente a la hora de observar el gráfico a continuación: las barras marcadas en color rojo marcan la frecuencia de casos pertenecientes al área programática del HPMR. El resto de barras (en verdes) marcan la frecuencia de pacientes pertenecientes a localidades que distan entre 10 y 80 km. de este hospital

(recordamos que el HPMR está ubicado en una zona semirural, que no es de fácil acceso...).



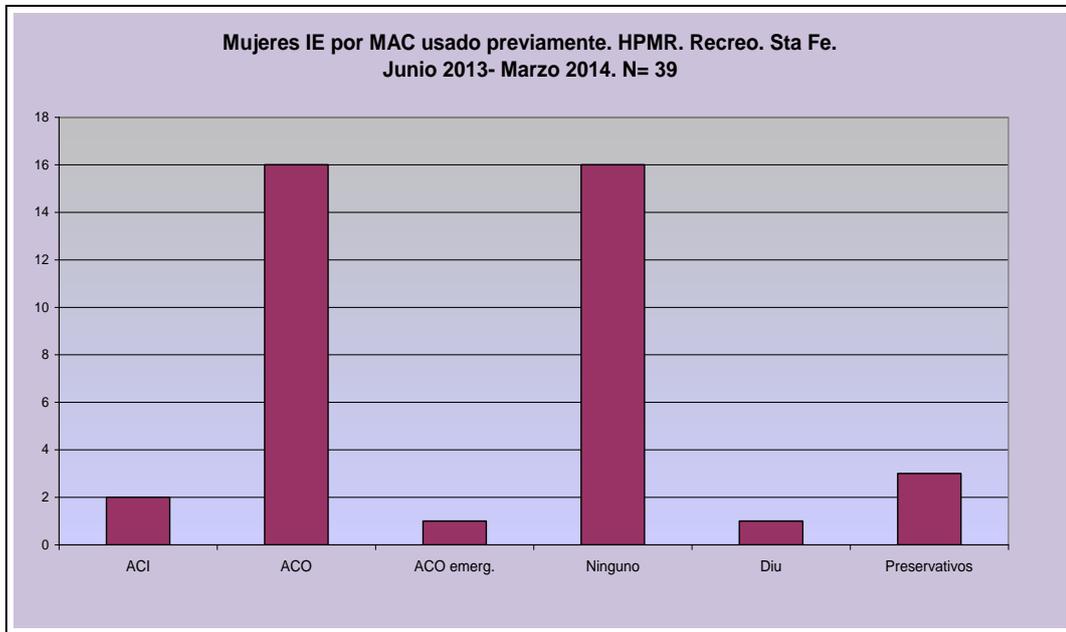
Entre estas últimas vemos además casos de mujeres de otras provincias (Entre Ríos y Córdoba). El grupo más numeroso lo constituyen las mujeres provenientes de la ciudad de Santa Fe, luego las de Recreo y en tercer lugar las de Monte Vera. El resto de localidades, muestran frecuencias casi iguales (entre 1 y 2 casos). Creemos que este gráfico enfatiza, una vez más, la necesidad imperiosa de facilitar la accesibilidad a la ILE, que forman parte de la política pública en salud. Accesibilidad que se facilita acercando las prácticas a los lugares donde viven las personas.

De aquellas mujeres de quienes tenemos el dato vemos que el grupo más numeroso es el que refiere de 1 a 2 gestas previas, muy cercano le sigue quienes refieren ninguna gesta previa.

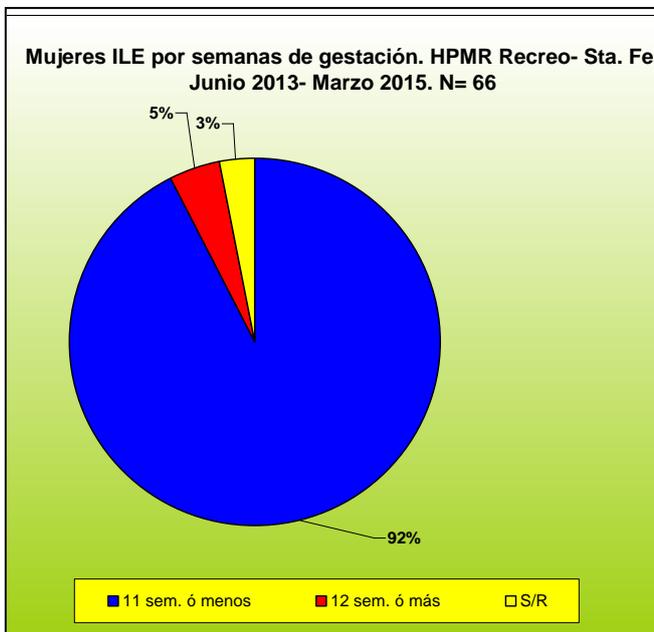
Gestas previas	Frec (en N°)
Ninguna	17
1 y 2	18
3 a 5	6
Más de 6	3
Sin datos	22
<b>Total</b>	<b>66</b>

La frecuencia de mujeres que usaban como método anticonceptivo (MAC) los anticonceptivos orales (ACO) y las que no usaban ningún MAC al momento del embarazo que motivo la ILE fueron similares, siguiéndole las que usaban anticonceptivos inyectables

(ACI). A partir de estos datos podríamos interrogarnos acerca de la consejería en anticoncepción que brindamos en nuestros servicios de salud dado, ya sea reforzando explicaciones y controles en los casos que tomaban ACO ó previniendo el embarazo no deseado en los casos que no usaban ningún MAC.



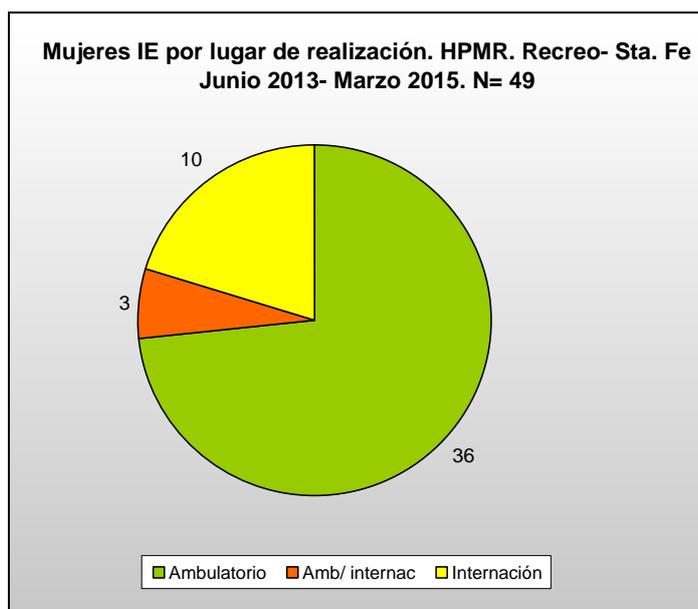
Fuente: Reg. Farmacia e HC HPMPR



Fuente: Reg. Farmacia e HC HPMPR

La mayoría de las mujeres que realizaron ILE se presentaban con 11 semanas o menos de gestación. Esto es importante dada la evidencia científica existente acerca de la eficacia del tratamiento con misoprostol en embarazos de menos de 12 semanas y fundamentalmente en el menor riesgo que implica la menor edad de gestación para realizar un aborto médico.

La mayoría de las mujeres: 36, decidieron realizar esta práctica en forma ambulatoria y 10 en internación. La modalidad ambulatorio- internación significa que comenzaron la práctica en su casa y luego, por diferentes razones, se internaron.



Fuente: Reg. Farmacia e HC HPMR

Via administrac	Frec (en N°)
Vaginal	15
Yugal	20
Yugal/ Vaginal	2
Sin datos	29
<b>Total</b>	<b>66</b>

Dosis	Frec (en N°)
1200 ug	1
1600 ug	2
2400 ug	38
Sin datos	25
<b>Total</b>	<b>66</b>

Se observa que la mayoría de las mujeres han realizado la ILE por vía yugal a dosis de 2400 ug.

Resultado	Frec (en N°)
Efectivo	37
No efectivo	7
Sin datos	22
<b>Total</b>	<b>66</b>

Respecto de la efectividad del procedimiento, se observa que en la mayoría ha sido efectivo. Es de remarcar que ningún caso de los que no han resultado efectivos ha sido fatal y que en tres casos se repitieron las ILE con intervalos de 3, 5 y 6 meses.

Estos últimos casos enunciados nos ponen en alerta acerca de la necesidad de la anticoncepción en el post aborto inmediato.

Por otra parte, algunos de los gráficos y tablas presentadas dan muestra de los registros deficientes que muchas veces llevamos de nuestras prácticas, con datos sin registrar al momento que luego son difíciles de recuperar.

## 2° parte:

**“Toda decisión es en contexto. Todo aborto también.”<sup>3</sup>**

<sup>3</sup> “CÓDIGO ROSA. RELATOS SOBRE ABORTOS.” DAHIANA BELFIORI. EDIATORIAL “LA PARTE MALDITA”. 2015. BUENOS AIRES

Es fundamental conocer la experiencia de la interrupción del embarazo en voz de las propias mujeres, como protagonistas de esta transición institucional de la ilegalidad a la legalidad del aborto.

El primer paso consistió en invitar a las mujeres a participar en una entrevista donde el principal criterio para la selección fue su aceptación libre y voluntaria de participar en el estudio.

A través de la entrevista pudimos visualizar lo que nosotros denominamos la trayectoria del aborto; se produjo información sobre los motivos y el proceso de la decisión, la situación de pareja y las condiciones en que se dio el embarazo, las impresiones sobre el procedimiento médico, el acceso al hospital y la opinión sobre el servicio.

Interesaba sobre todo conocer su narración de la experiencia de ILE y sus interpretaciones sobre este derecho, en el contexto social e institucional en el que se produjo, para comprender integralmente la experiencia.

### **Las mujeres.**

Se entrevistaron 8 mujeres cuyo rango de edad se extendió de los 18 a los 45 años, de las cuales solo una convivía con su pareja. La mayoría de las mujeres tenía hijos al momento de la interrupción del embarazo y en tres de los casos dijeron haber tenido abortos previos (en dos casos espontáneos y en uno con intervención médica). En cuanto a la escolaridad, alrededor de la mitad de las entrevistadas tenía estudios secundarios o terciarios completos, varias se encontraban estudiando en el nivel terciario, una concluyendo la escuela primaria y otra la escuela secundaria, la mitad de las participantes del estudio trabaja (tres con empleo estable y uno inestable), el resto estudia. La mayoría se encontraba realizando alguna práctica anticonceptiva pero con irregularidad. Y en la mayoría de los casos hubo algún error en la puesta en práctica del método.

### **La decisión.**

En el momento de la decisión, en general estuvieron acompañadas por alguien de su entorno más cercano con quien ellas decidieron compartir ese momento. Se trató de familiares y amigas, que acompañaron la decisión. En algunos casos les contaron a sus parejas, pero no formaron parte de la decisión, aunque la consintieron. En otros las mujeres directamente no informaron a sus parejas de la presencia de un embarazo. En este punto nos parece importante que se trató de relaciones de pareja atravesando momentos de crisis.

S., de 45 años dice *“...mi marido respetó mi decisión y tampoco le di espacio...”*

Independientemente de las razones y condiciones personales que llevaron a las mujeres a tomar la decisión de interrumpir el embarazo, todas consideraron que fue una decisión difícil y compleja, pero que tomaron inmediatamente, casi desde el momento de enterarse de estar embarazadas.

E., 37 años *“... y apenas me enteré. Fue apenas, instantáneo. Yo fui, me hice el test, me dio positivo y dije: no. No, no puedo; ahora no puedo...”*

Las participantes del estudio, expresaron las siguientes razones, para interrumpir el embarazo:

- Deseo de continuar con otros proyectos personales (educativos y laborales, principalmente).
- Situaciones adversas con la pareja y contexto familiar (inestabilidad, conflictos).
- Ausencia de deseo de “tener un hijo”, miedo por la edad (malformaciones).
- Condiciones económicas adversas.
- Agotamiento debido a la crianza de otras/os hijas/os.

Por otro lado, D de 23 años, expresa: *“Tenía ese miedo... si, si lo tengo cómo hago con los dos... y el alquiler y otro bebé más...”*

D, de 18 años, dice: *“En seguida decidí que no quería tenerlo porque estaba estudiando y no me sentía preparada y no iba aguantar”...*

### **Sus recorridos en el sistema.**

En líneas generales la mayoría de las mujeres entrevistadas, transitaron por dos o más servicios de Salud hasta que llegaron a concretar la atención, ya sea en nuestro hospital, como en un centro de Salud.

M. L., de 25 años dice *“... y bueno, fuimos recorriendo. El dispensario de S. A., el dispensario de Y. y me dijeron que no (...) En S. A. y en Y. me miraban con una cara...y yo ya me sentía mal. Me miraban así y yo no pregunté más, me sentía intimidada, vió? Me sentía como culpable.”*

Las que llegaron directamente a la institución de Salud donde se indicó la ILe fue porque conocían a algún profesional del hospital o del centro de Salud o porque conocían a otra mujer que había concretado una interrupción legal de embarazo en dichas instituciones; o porque habían escuchado (boca a boca) que ahí se realizaban ILE.

Solo dos de las mujeres se referenciaron con su Centro de Salud, y fueron acompañadas por profesionales conocidos por ellas , lo que da cuenta del vinculo saludable, “amigable”, que permitió que estas mujeres confíen, se sientan contenidas y puedan acceder a su derecho a decidir sobre sus propios cuerpos.

El resto transitó por diferentes profesionales de la salud pública y privada, que no dieron respuesta a la demanda.

*E., de 37 años dice “... hablé con un médico de S. T. (se refiere a una ciudad), me cobraba 7000 pesos, un médico particular (...) Hablé con un prestamista y nada. (...) Paso por la farmacia, hablo con el farmacéutico, me dice vení a la tarde y hablá conmigo (...) me dice te tengo que vender 4, salen 150 pesos cada una y tomala cada 15 minutos...”*

Las situaciones de caminos tortuosos que se visualizan demuestran la falta de accesibilidad y garantías para acceder a su derecho a la salud, y pone a las mujeres en riesgo de realizar prácticas clandestinas (ilegales, no avaladas científicamente) con la posibilidad de daño físico y psíquico.

Consideramos que no es suficiente el acceso a la información a través del boca a boca como sucedió en la mayoría de las mujeres entrevistadas, dado que este circuito informal de comunicación no tiene un alcance poblacional significativo y limita nuevamente a las mujeres en sus posibilidades de acceder a su derecho.

### **Pariendo un aborto.**

En general las mujeres refieren haber recibido respuesta satisfactoria de parte del servicio de salud, a su necesidad en el momento; pero la demanda se encontraba condicionada por la percepción de que se trata de prácticas ilegales.

*E. dice “...porque como te explicaba era como algo oculto. Quizás si yo lo hubiera tomado como que estaba permitido (legal), quizás hubiera podido tener otras expectativas. A mí en ese momento, en esa circunstancia, me llenó.”*

Muchas no sabían que se trataba de una práctica legal o dónde se realizaba. En general la expectativa estaba puesta en la discreción y en el temor a ver vulnerada su privacidad. Dos refieren haber sentido algún tipo de exposición por el personal administrativo.

*S, 45 años, dice “Me ocurrieron cuestiones, me hicieron preguntas de porqué la urgencia de la ecografía y estaba en el pasillo y desde la ventanilla me preguntan de cuanto estás. Ahí fue mi malestar con el admisionista, es una pregunta incómoda... es por la privacidad y estas cuidando que nadie sepa.”*

Hay una gran carga de angustia a la hora de encarar la consulta determinada no solo por la situación particular de tener que tomar la decisión de realizarse un aborto, sino también por el tener que exponerse a ser juzgada por el otro, en este caso, por los trabajadores de salud.

*D, 18 años, dice “ Sí me sentí contenida, como si lo que hacía no estaba mal; si bien todos juzgan lo que es el aborto, no me importaba lo que piensen los demás por mi personalidad, pero esperaba no ser maltratada por mi decisión y me sentí bien y contenida...”*

Todas refieren haberse sentido en riesgo. Esto parece relacionarse con la influencia que ejercen los mandatos sociales y religiosos que determinan una concepción biologicista del embarazo, con la interrupción de algo “natural” y con la percepción de clandestinidad de la práctica, que abordaremos más adelante. Consideramos que es fundamental interpretar a la reproducción como un hecho humano y no un hecho estrictamente biológico.

Todas conocían alguna forma clandestina de llevarlo a cabo pero todas buscaron la forma “segura”, incluso cuando eso demoró en algunos casos varias semanas la resolución de la situación.

*D dice “Yo buscaba algo legal, no quería hacer nada que podía salir mal. Hay chicas que murieron por eso.”*

*E de 37 años “... era hacer algo prolijo o no hacer nada... pero si hubiera estado más cerca y hubiese sabido no hubiera pasado estas 4 semanas, el riesgo hubiese sido menor, porque yo tomé la decisión desde el principio. Tardé cuatro semanas porque no sabía como hacerlo. Y todo ese riesgo que acumulé en cuatro semanas hubiese sido mínimo.”*

La mayoría refirieron que no hubo dificultades en la técnica de administración del misoprostol. Fueron indicaciones comprensibles y fáciles de realizar. Al momento de la entrevista todas, con mayor o menor precisión, podían repetir la indicación dada en su momento.

En el momento de la expulsión hay cierta impresión que habitualmente se relacionaba con la presencia de sangrado. La mayoría asociaron el momento de la expulsión a la vivencia de un parto.

En algunos casos les pareció que los efectos adversos (dolores, escalofríos, náuseas, mareos) fueron mayores que lo que esperaban. Esto destaca la importancia de explicar y anticipar lo que va a suceder y los efectos adversos de la medicación, así como la recomendación de estar acompañadas en esta situación.

*A dice "Me sentí informada, porque creo que está en el médico explicar todo el proceso. Obvio que cada uno lo vive, el doctor me ayudó, me sacó las dudas que por ahí se producen en ese momento..."*

Dos interrupciones fueron realizadas en internación y 6 en forma ambulatoria, en su mayoría fueron acompañadas por algún familiar/amiga.

*A, dice "Yo me encontraba en la casa de mi vieja... pero porque como me dijo el doctor; no tenía que estar sola."*

En un caso no hubo respuesta al tto farmacológico y debió ser resuelto en tercer nivel con un legrado y en otro se produjeron complicaciones (ab incompleto e infectado) que también determinaron su derivación al tercer nivel, donde se realizó AMEU (Aspiración Manual endouterina) y tratamiento endovenoso por 5 días. En ambos casos las mujeres refirieron no haberse sentido maltratadas, pero fueron acompañadas por el equipo derivador en los distintos momentos de la atención.

### **El después.**

La mayoría se referenció con algún equipo de salud y continúa con algún método anticonceptivo (lisis, inyectable, aco, diu) que comenzaron inmediatamente luego del aborto. Una sola no está usando ningún método. Una de las mujeres realizó dos interrupciones con un intervalo de 6 meses porque no realizó una anticoncepción adecuada, pero luego de la segunda decidió colocarse un diu.

De las reflexiones surge en la mayoría de los casos algún sentimiento de culpa y arrepentimiento respecto de la situación vivida.

*V, 26 años, dice "Cuando lo hice, después quedé como que me arrepentí por lo que hice... por un lado me ponía a pensar y yo decía para qué... para estar acarreado, ya tenía dos, para traer al mundo, para sufrir hambre... Las nenas ya están grandes, yo trabajo..."*

*S, 45 años, dice: "... me pasa eso de sentir que privé a mi familia de estar con bebés, aunque en los dos estaba el acuerdo de no tener más hijos. Creo que tiene que ver más con lo social y lo impuesto más que con cuestiones personales..."*

Estos sentimientos de culpa, puestos en contexto (por las mismas mujeres) adquieren otra dimensión, son construcciones sociales y culturales, como la maternidad y tantos otros roles asignados a las mujeres por mandatos, que actúan presionando pero,

pierden peso cuando se contraponen al contexto particular de cada mujer y vuelve a verse validada la decisión que tomó cada una.

Por eso creemos importante no naturalizar “los sentimientos de culpa como inherentes a toda práctica abortiva”<sup>4</sup> (Fernández y Tajer, 2006).

También las condiciones en que se llevan adelante esta práctica determinan la aparición de estos sentimientos. “...las causas del sufrimiento síquico manifestado en las mujeres a causa de un aborto se encuentran en el contexto de producción de dicho conflicto, no en el conflicto en si mismo, esto es: en las consecuencias de las condiciones de ilegalidad, penalización y clandestinidad del aborto”<sup>5</sup>. Recordemos que la mayoría de las entrevistadas desconocían la legalidad de las prácticas abortivas e igual decidieron llevarlas adelante.

En algunos casos la culpa está puesta en haber llegado a la situación de embarazo y no haber podido prevenirlo, lo cual refleja cierto movimiento de reflexión que permite una elaboración de la situación desde otro lugar.

*E, 37 años, dice “... no es fácil el después. No es fácil porque es algo que lo podría haber evitado (...) Fue como un daño innecesario y lo podría haber evitado. No por lo relizado (...) Me da culpa pensar, mirá lo que tuve que hacer sabiendo que lo hubiera podido haber evitado. Eso fue...”*

Solo una entrevistada manifiesta síntomas de depresión y refiere a lo largo de la entrevista haber deseado continuar ese embarazo pero haber tomado la decisión por haberse sentido sola y sin acompañamiento.

D, 23 años, dice “... porque yo lo quería tener al bebé. Y hoy... no sentí el apoyo de nadie. Solamente de una amiga que me dijo lo tengás o no lo tengás estoy a tu lado. Pero no sentí el apoyo que yo quería. Todos los días me pongo a pensar si hubiera sido nena, si hubiera sido varón... Yo sé que viene por esa parte también como me siento, porque yo antes de eso estaba bien, estaba gorda, saludable, venía trabajaba. Ahora no tengo ganas de nada. De nada. Más que la pareja se rompió también...”

En todas las entrevistadas, la interrupción representó un momento de crisis subjetiva. En palabras de a Mario Pujó<sup>6</sup> una **crisis subjetiva** puede ser: “...una situación

---

<sup>4</sup> CITADO EN “CONSEJERÍA PE Y POSTABORTO. EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN EN SALUD INTEGRAL D ELAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CAPS MERCEDES SOSA DE MORÓN” ROSSO, DANIELA. 2010

<sup>5</sup> “CONSEJERÍA PE Y POSTABORTO. EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN EN SALUD INTEGRAL D ELAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CAPS MERCEDES SOSA DE MORÓN” ROSSO, DANIELA. 2010

<sup>6</sup> PUJÓ, MARIO. (1998). URGENCIA Y DEMANDA: REFLEXIÓN EN TRES TIEMPOS. REVISTA PSICOANÁLISIS Y HOSPITAL. 7 (13).

urgida, caracterizada por un quiebre del discurso, la ruptura de la escena que sostiene al sujeto en su mundo, la irrupción de un real que hace estallar la trama simbólica que lo vela, escapando a la subjetivación, y que se manifiesta en la emergencia de angustia, agitación obsesiva, el desencadenamiento psicótico, el pasaje al acto. Fenómenos condicionados por la estructura singular y la historia de cada sujeto, en un determinado contexto significativo...”

La presencia de un embarazo no deseado produjo un movimiento, un quiebre con sus modos y proyectos de vida. Puso en tensión sus vidas de pareja, sus actividades laborales, las relaciones con sus hijos y sus expectativas sobre el futuro y las posibilidades de desarrollarse profesionalmente y personalmente.

“Las significaciones que cada mujer le da al aborto no son homogéneas ni lineales y de ellas depende que la experiencia se viva como un evento crítico pero superable o como un drama que conmociona y desestabiliza.”<sup>7</sup> (Carril Berro y López Gómez, 2009)

### **CONCLUSIONES**

La mayoría de las mujeres que realizaron ILE en el HPMR fueron jóvenes sin gestas previas o con 2 o menos hijos. La mayoría de las que realizaron la práctica en el HPMR no pertenecían a su área de influencia y para acceder a la misma debieron trasladarse de 10 a 80km de sus domicilios.

Con respecto a la anticoncepción previa al embarazo, pudimos ver que en partes iguales había mujeres que se cuidaban con ACO y mujeres que no usaban ningún método. En muchos casos se trató de toma de ACO o uso de ACI en forma irregular. En tres casos se trató de mujeres que realizaron dos interrupciones en un período de tiempo menor a un año. Esto da cuenta de la necesidad de trabajar la consejería en anticoncepción como un espacio que no se limita al mero listado y oferta de MAC (pre y post aborto) sino que “concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación con su función reproductiva.”<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> IDEM 4

<sup>8</sup> CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PROPUESTA DE DISEÑO, ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, AGOSTO 2014.

En la mayoría de los casos se trató de gestas de 11 o menos semanas que realizaron la ILE en forma ambulatoria y resultaron efectivos y el procedimiento les resultó fácil y sencillo. En los casos de complicaciones ninguna fue fatal.

Del relato de las mujeres surge claramente que se trató de embarazos no buscados ni deseados y que la decisión fue tomada desde un primer momento, desde que confirmaron la presencia del mismo. Fue una decisión que tomaron solas, aún cuando la compartieron con sus familias o su pareja. Reivindica la convicción de la decisión tomada la insistencia en la demanda hasta asegurar la práctica, que en algunos casos las llevó a recorrer múltiples efectores de salud y a soportar malos tratos. Esto interpela claramente al sistema sobre la falta de garantías para acceder al derecho a la práctica de la ILE y en definitiva al derecho a la salud.

Se trata de una situación signada por la angustia al momento de la decisión. Este sentimiento se relaciona con modelos sociales hegemónicos, mandatos religiosos y con el desconocimiento de que se trata de una práctica legal, viéndose reforzada por la violencia con la que el sistema expulsa a las mujeres. Esos sentimientos de culpa pierden peso para ellas mismas a la hora de volver a contextualizar la decisión.

Resaltan como fundamental el acompañamiento de un equipo de salud referente que brinde la información, garantice la accesibilidad y dé seguridad desmitificando la práctica.

Queremos expresar que aun en circunstancias de contradicciones personales y entre los trabajadores de salud del hospital decidimos acompañar estos procesos debatiendo cada caso y cada historia desde un lugar de respeto a la autonomía de las personas y la garantía a la salud como derecho.

Creemos fundamental considerar al aborto como un problema de salud pública y una experiencia social. Como problema de Salud Pública es el Estado quien debe profundizar estrategias que garanticen el acceso a prácticas seguras a todas las mujeres. Considerarlo como experiencia social “aporta a la discusión pública aspectos del problema que son irreductibles al discurso jurídico, al discurso médico, a las cifras estadísticas y también a la construcción de casos mediáticos.”<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> CHANETON, JULY; BACAREZZA, NAILA. LA INTEMPERIE Y LO INTEMPESTIVO. EXPERIENCIA DEL ABORTO VOLUNTARIO EN EL RELATO DE MUJERES Y VARONES. EDITORIAL MAREA. BUENOS AIRES. 2011.

## **PROPUESTAS:**

### **-A nivel local:**

- Mejorar la calidad de los registros que aporten información concreta sobre las situaciones de las mujeres que demandan esta práctica (fundamentalmente en el seguimiento posterior).
- Crear espacios específicos de consejería pre y post aborto.
- Continuar realizando talleres acerca de la problemática que involucren a los diferentes actores vinculados a las distintas etapas de la atención en el hospital y centros de salud de referencia.

### **-A nivel general:**

- Asegurar la capacitación de los equipos de salud en el tema.
- Profundizar en las estrategias de acceso de todas las mujeres a información clara, que desmitifique la práctica y la saque del imaginario de la clandestinidad.
- Organizar la red de servicios eliminando los obstáculos que imposibilitan el acceso a la práctica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Organización Mundial de la Salud. "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud." 2a ed. 2012.
- 2- Asociación por los Derechos Civiles. "Acceso al Aborto No Punible en Argentina: Estado de Situación." Buenos Aires, marzo 2015.
- 3- Huespe, M A. "Aborto no Punible en Argentina." Monografía. Universidad Nacional de General San Martín. Instituto para el Desarrollo Humano y de la Salud. Carrera de Medicina Legal. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
- 4- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo." 2da edición. Abril de 2015.
- 5- Beatriz Escudero Rava. "Feminismo y religión: apuntes sobre Católicas por el Derecho a Decidir." UBA, Argentina, 2010.
- 6- Ciruzzi, María Susana. "EL ABORTO NO PUNIBLE. Algunas consideraciones bioéticas y legales." Medicina Infantil Vol. XX N° 3 Septiembre 2013.

7- Landini, F., Gonzalez Cowes, V., D'Amore, E. "Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural." *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(2):231-244, febrero 2014.

8- Morales, MG y Querro, RdL. "Los profesiones de la salud y el aborto." Córdoba, Argentina. 2007- 2008.

9- Flores Pérez E, Amuchastqui Herrera A. "Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal." *Rev. Género y salud en cifras*. Vol. 10, No. 1(Ene-Abr 2012).