

# CONCEPCIONES DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE AVELLANEDA ACERCA DEL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA INTERRUPTIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

## CONCEPTIONS OF AVELLANEDA'S HEALTH SERVICES PROFESSIONALS ON THE ACCESS OF POPULATION TO LEGAL INTERRUPTION OF PREGNANCY

*Berra, Andrea; De Lellis, Martín<sup>1</sup>; Basilio, Malena; Da Silva, Natalia; Falk, Federico Martín; Reck Bárbara, Luciana L.; Sonderegger, Eugenia*

### RESUMEN

La presente investigación expone los principales avances obtenidos en el proyecto "La mortalidad materna y los servicios de salud y justicia: un abordaje interdisciplinario e intersectorial desde la promoción del derecho a la interrupción legal del embarazo" (ILE) (UBACYT PDE). El objetivo fue identificar conocimientos y opiniones de los/las profesionales de Servicios de Salud del Municipio de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, respecto al grado de accesibilidad de la población a la ILE. De este modo, se buscó contribuir a la reducción de barreras a partir de especificar facilitadores y obstáculos para el ejercicio de este derecho. Se utilizó una metodología cualitativa de cuatro grupos focales. Los resultados permitieron concluir que hay un gran desconocimiento por parte de los/las profesionales en relación a las causales bajo las cuales la interrupción es legal, así como de la normativa que las rige y los requisitos para su aplicación. Asimismo, concuerdan en dar asistencia a aquellos casos que llegan con un aborto en curso. Se destaca que para la mayoría de los/las entrevistados/as, el principal obstáculo de acceso al aborto legal son los/las propios profesionales, ya sea por desconocimiento de la normativa vigente o por objeción de conciencia.

### Palabras clave:

Aborto Legal - Acceso - Obstáculos

### ABSTRACT

The present research presents the progress achieved in the project "Maternal mortality and healthcare and justice services: an interdisciplinary and intersectoral approach from the promotion of legal abortion right" (UBACYT PDE). The aim of this paper is to identify the knowledge and opinion of healthcare services professionals in Avellaneda, Buenos Aires, regarding the access to legal abortion. In this way, we try to contribute to reduce the barriers of access to legal abortion right, characterizing the obstacles and facilitators for the access to legal abortion. Qualitative research based on focus groups was used for the present study. The results allow to conclude that there is a lack of awareness of the casuistry that allows the legal interruption of pregnancy, as well as the rules that govern this problematic. The professionals agree on giving medical care to those who arrive with an abortion in progress. For most of the participants, the main obstacle to access legal abortion are the professionals, due to their lack of knowledge of the rules or for their conscientious objection.

### Key words:

Legal Abortion - Access - Obstacles

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. UBACyT, PDE. SEDRONAR, Presidencia de la Nación Argentina. E-mail: martindelellis80@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es parte de los resultados obtenidos por el equipo de investigación del Proyecto UBACyT PDE 02 (Proyecto de Desarrollo Estratégico) *“La mortalidad materna y los servicios de salud y justicia: un abordaje interdisciplinario e intersectorial desde la promoción del derecho a la interrupción legal del embarazo”* en el marco de la convocatoria 2016-2017. Este proyecto surgió de la necesidad de un enfoque interdisciplinario e intersectorial del problema del aborto en la Argentina y su incidencia en la mortalidad materna, con el fin de propiciar el abordaje del mismo como una posible consulta y/o demanda de salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar en los servicios de salud sexual y reproductiva del Municipio de Avellaneda.

El objetivo general del proyecto es contribuir a reducir las barreras de acceso de las mujeres o personas con capacidad de gestar al derecho a la interrupción legal del embarazo. En cuanto a los objetivos específicos se buscó: indagar los conocimientos sobre acceso a la ILE de los y las profesionales de salud del Municipio de Avellaneda y su procedencia; relevar las opiniones de los y las profesionales de salud del Municipio de Avellaneda y su vinculación con el acceso a la ILE, y aportar a la capacitación de profesionales de Salud en materia de derechos en acceso a la ILE.

En este trabajo en particular, presentaremos los resultados y conclusiones sobre accesibilidad a la interrupción legal del embarazo, referentes a las intervenciones realizadas con las y los profesionales de salud de distintos niveles de atención del Municipio de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires.

## JUSTIFICACIÓN

La relevancia de este estudio se enmarca en los principios establecidos por la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable en materia de acceso a derechos sexuales y reproductivos. Actualmente, Argentina posee un marco normativo restrictivo que regula al aborto desde el Código Penal (1921), pero con la existencia de una despenalización parcial por tres causales: violación, riesgo de vida y/o riesgo de salud de la mujer. En la última década se han alcanzado logros importantes en lo que respecta al acceso a la interrupción legal del embarazo como un derecho de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Entre estos logros se encuentra la medida de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), que a través del Fallo F.A.L. SOBRE MEDIDA AUTOSATISFACTIVA (CSJN, 2012), ha intentado influir sobre las condiciones políticas, administrativas e institucionales para eliminar las barreras de acceso. Así también, lo explicitado por el Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2015), destinado a promover buenas prácticas en todos los equipos de salud del país que aborden el tema de la Interrupción Legal del Embarazo.

Uno de los supuestos principales del trabajo es que las concepciones y las prácticas de los y las profesionales de

salud frente al tema, tanto en lo referido a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos como a las prácticas que garantizan el acceso de las personas gestantes a la interrupción legal del embarazo o aborto no punible, influyen en la visualización y caracterización del aborto como un problema de salud pública.

Asimismo, es de destacar la relevancia coyuntural en la que se enmarca este análisis que pone en primer plano la problemática del acceso de las mujeres y personas con capacidad de gestar a un aborto legal y seguro en el contexto del debate que se desarrolló durante este año 2018 sobre el proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Congreso de la Nación.

## El aborto: un problema de salud pública

El presente trabajo opta por el término interrupción legal del embarazo para referirse al aborto legal como una consulta de salud, por lo establecido en el Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2015). De acuerdo a la idea que sostiene dicha normativa en su fundamentación, se considera que los equipos de salud son los primeros responsables para la provisión de ILE. El significado de ILE encuadra a la figura de aborto no punible (ANP) en el ámbito sanitario como derecho de salud, y como una práctica que se construye dentro de la relación médico - paciente o profesional de salud- usuaria/o. A la vez, durante el trabajo se denomina a las mujeres y a las personas con capacidad de gestar, pues, siguiendo lo establecido en el Protocolo (MSAL, 2015), existe la posibilidad de que los varones trans puedan solicitar una ILE, quienes también tienen el derecho de recibir una atención integral sobre un embarazo no deseado como las mujeres, adolescentes y niñas, sin ninguna distinción relativa o discriminación debido a su identidad de género ni a la orientación ni prácticas sexuales que pudieran llevar a cabo.

En la actualidad, el aborto es uno de los problemas centrales en la agenda de salud pública de la Argentina. Se trata de una cuestión sanitaria que ha permanecido invisible durante un dilatado período de tiempo y que plantea una tensión cada vez más acuciante entre la demanda por la afirmación del derecho a la atención sanitaria y el diseño de políticas públicas efectivas para su tratamiento y resolución.

En Argentina, el aborto es la primer causa de muerte materna. El mismo se realiza, en la mayoría de los casos, de manera clandestina y en condiciones inseguras (Rosenberg, 2010), constatándose durante dos décadas consecutivas que las complicaciones relacionadas que conlleva, representan el tercer motivo de egreso de las causas asociadas al embarazo, parto y puerperio a nivel de todo el país (OSSyR, 2014).

Durante el 2014 en la Argentina se realizaron 47.063 hospitalizaciones por “aborto complicado” y entre 44 mil y 43 mil egresos en los últimos 5 años, de los cuáles el 70% fueron aborto en condiciones inseguras (Rubinstein, 2018).

En contraste, es interesante considerar que en nuestro

país existe una elevada proporción de partos ocurridos en instituciones de salud (99%) y de partos atendidos por profesionales capacitados (98%) (DEIS, 2013), lo que permite deducir que la Argentina tiene el potencial necesario para disminuir considerablemente la tasa de mortalidad materna y las brechas que existen en la materia.

Según un estudio realizado recientemente por el Ministerio de Salud de la Nación (Rubinstein, 2018) se observa una tendencia de disminución en las muertes maternas por aborto en los últimos 10 años aunque la primer causa de muerte materna por abortos siguen siendo los abortos clandestinos o ilegales. Este estudio expresa que en el año 2016 han existido 245 muertes maternas y 43 por abortos, de las cuales 31 son por aborto inducido, pero se conoce que existen 7 casos más de muertes maternas ocultas, como subregistro.

Esta tendencia de disminución de las muertes maternas se puede relacionar con la hipótesis del aumento de la extensión en la población del uso del tratamiento farmacológico para la realización de los abortos inducidos, a través del uso de misoprostol, ya sea de manera accesible desde los servicios de salud pública como interrupción legal del embarazo, o a través del acceso de las mujeres al mismo por vías clandestinas (internet, mercado negro, etc).

En los países en los que el aborto se ha legalizado a través de la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, las muertes por aborto inseguro han disminuido sustancialmente, existiendo una correlación directa entre el marco legal restrictivo y la mortalidad materna. Por lo tanto, de acuerdo a la evidencia disponible, la mortalidad materna por aborto es más alta en los países donde existen restricciones legales; en contraste con ello, en un país donde el aborto es legal y los servicios de salud adecuados, ninguna mujer que recurre al aborto pone en riesgo su salud (Sundström, 1996, en Faúndes, 2011). En los contextos con marcos legales restrictivos no disminuye el número de abortos sino que aumenta el número de abortos inseguros que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

Respecto a la equidad, el análisis de la distribución epidemiológica del problema plantea una profunda desigualdad en el acceso a las prestaciones que hoy son necesarias para la prevención del aborto. Las inequidades en el acceso a servicios, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y en la calidad de la atención sanitaria, impactan de diferente modo sobre las causas de la mortalidad materna y generan un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en las jurisdicciones más pobres del país. (MSAL, 2015). Precisamente, la mayoría de las muertes maternas por causa del aborto inseguro afecta a mujeres jóvenes y sanas que viven en contextos sociales de pobreza (Ramos & Romero, 2013). Por lo tanto, las consecuencias del aborto para la salud de las mujeres dependen de la situación normativa y de las posibilidades de acceso a un aborto seguro, que existan en cada contexto social.

Es importante clarificar las diferencias entre los tipos de aborto, seguros e inseguros para poder planificar políticas

públicas serias y reducir la mortalidad materna por abortos peligrosos y clandestinos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS, 2012). Por el contrario, se considera seguro al aborto en la medida en que hay disponibilidad de tecnologías seguras, es decir, un método recomendado por la OMS, apropiado a la duración del embarazo, siempre que las mujeres tengan acceso a estas, así como acceso a prestadores calificados y a servicios seguros en caso necesario. La OMS establece actualmente una gradación en esta definición, hablando de aborto seguro, menos seguro e inseguro (Gutmacher-OMS, 2018).

A su vez, estima que de los 55.700.000 abortos anuales en el mundo, entre 2010-2014, el 55% (30.6 millones) son seguros; casi un tercio, un 31% (17.1 millones) son considerados menos seguros, se trata de aquellos realizados por personal cualificado pero con un método poco seguro o desfasado (como el legrado uterino instrumental, LUI), o por el contrario con métodos seguros (como la utilización del misoprostol) pero en ausencia de personal capacitado; y el 14.4% son los inseguros (8 millones) por ser practicados por personas sin formación alguna y que utilizan métodos peligrosos o invasivos (ingestión de sustancias cáusticas, inserción de cuerpos extraños, utilización de brebajes tradicionales, entre otros) (Gutmacher-OMS, 2018).

El número de muertes por complicaciones derivadas de abortos inseguros fue elevado en las regiones donde la mayoría de los abortos se realizaba en condiciones "nada seguras". Estos pueden incluir el aborto incompleto (que se produce cuando no se retira del útero todo el tejido del embarazo), la hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, e infecciones.

En los países de altos ingresos de América del Norte y Europa occidental y septentrional, donde el aborto es ampliamente legal y los sistemas sanitarios son sólidos, la incidencia de los abortos inseguros es la más baja del mundo. En las regiones desarrolladas, sólo el 13% de los abortos son inseguros (mayormente en Europa del Este por el uso del LUI), comparado con el 50% en las regiones en desarrollo. Es así que la OMS estima que, de los 6.420.000 abortos que se realizan cada año en América Latina y el Caribe, el 23.6% son seguros, el 16.7% son inseguros y el 60% son menos seguros. Por lo tanto, es la región del mundo donde más abortos menos seguros se realizan, siendo que en la zona sur de América es donde existe la mayor proporción de abortos menos seguros en todo el mundo, llegando al 63%. Una de las complicaciones es que las mujeres jóvenes que buscan practicarse un aborto, suelen recurrir a métodos poco seguros para manejar la hemorragia y dilatan la ayuda médica por costos, miedo al estigma y a las repercusiones legales por el contexto normativo restrictivo en el que se encuentran, comprometiendo su salud.

En los países donde al aborto está completamente prohi-

bido o se permite sólo para salvar la vida de la mujer o preservar su salud física, 1 de cada 4 abortos fue seguro; por el contrario, en los países donde el aborto está despenalizado en supuestos más amplios, casi 9 de cada 10 abortos se realizó de manera segura. Por lo tanto, los contextos normativos que restringen el acceso al aborto no reducen su número, sino que los vuelve más peligrosos para la salud de las mujeres.

Por esto, el aborto inseguro y sus complicaciones como primera causa de muerte materna en la Argentina son sustanciales para considerar la existencia de barreras en el acceso a la interrupción legal del embarazo en los servicios de salud. Un estudio realizado en Argentina (Karlinski, 2013) exhibió que, de 65.033 mujeres analizadas, el 50,4% tuvieron embarazos no planificados y las principales causas de mortalidad materna fueron las complicaciones por abortos (24,4%) y la sepsis puerperal (23,5%).

En síntesis, “el aborto cumple con todos los parámetros de un problema de salud pública por su magnitud, por la carga de la enfermedad, discapacidad y muerte para las mujeres, por el costo que el sector salud debe solventar para la atención de los mismos, y por las consecuencias de la falta de acceso a servicios de promoción de salud sexual y reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos, información y demás recursos” (Galindo, 2007). Pero el problema del aborto no es sólo un problema ético o jurídico-legal sino que, debido al impacto que tiene sobre la mortalidad y morbilidad materna es, primordialmente, un problema de salud pública.

Desde una perspectiva de género, el problema de los obstáculos y barreras que reciben las personas en busca de una atención digna y eficaz a la problemática de salud reproductiva cuestiona el tradicional concepto de equidad (limitado a menudo a una concepción horizontal que establece dar igual atención sin considerar las diferentes necesidades de las personas atendidas) para comprenderla como la necesidad de dar una respuesta acorde a las necesidades percibidas y objetivas de las personas que demandan asistencia.

En consecuencia, el aborto inseguro y clandestino es por un lado un problema jurídico o legal de acceso a un derecho y es a la vez un problema de salud pública que necesita ser abordado de manera integral y urgente para incidir en la reducción de la mortalidad materna del país y en la mejora de la salud de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar.

### **Enfoque de derechos: su impacto en el ámbito jurídico-legal**

A pesar de que en la legislación y en la jurisprudencia argentina se han producido algunos hitos relevantes que establecen un punto de inflexión en relación a la no punibilidad del aborto aún muchas mujeres tienen graves dificultades para acceder a la información y a la prestación de los servicios necesarios (ej: consejerías que establece la ley provincial, o acceso a ILE o medidas educativas oportunas que fija la ley de educación sexual y procreación responsable) para la prevención oportuna de eventos

como es un embarazo no deseado o no planificado que tienen un alto impacto sanitario, económico, social y psicológico sobre las personas implicadas.

El ejercicio del derecho al aborto legal o no punible supone los derechos humanos de la igualdad, la autonomía en la toma de decisiones, la privacidad, el principio de legalidad y la no discriminación.

En este sentido, toda mujer, niña, adolescente o persona con capacidad de gestar (MSAL, 2015) tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo cuando el embarazo presenta un peligro para la vida o salud de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios y cuando el embarazo proviene de una violación.

Si bien desde el marco legal el aborto está contemplado como una práctica permitida para las causales de afectación a la vida y salud de la mujer, como así también cuando es víctima de una violación, todavía ocurren reiteradas situaciones en las cuales se halla involucrada la intervención (por acción u omisión) de quienes se desempeñan en los servicios de salud, y que amenazan vulnerar o vulneran el derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a acceder a la interrupción legal del embarazo.

Esta preocupación ha sido tomada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación y concretada en el Fallo F.,A.,L. SOBRE MEDIDA AUTOSATISFACTIVA. (F.259. XLVI) del 13 de marzo de 2012, en el cual se interpreta la no punibilidad de toda interrupción de un embarazo que sea consecuencia de una violación, con independencia de la capacidad mental de la víctima, y exhorta a los y las profesionales de salud a no judicializar los casos en los que se manifieste la problemática.

La importancia de este fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación radica en dos planos fundamentales: a) Por un lado, desde un punto de vista doctrinario y jurisprudencial el Alto Tribunal introduce una trascendental y categórica interpretación del inciso 2 del Artículo 86 del Código Penal, que por años había mantenido dividida a la justicia argentina; b) Por otro lado, la decisión de la Corte Suprema de Justicia tiene afectación directa en un plano fáctico, toda vez que incide en el accionar concreto de los equipos y profesionales de salud y centros sanitarios declarando innecesaria e ilícita la judicialización de la práctica médica en cuestión.

Si bien el fallo FAL establece como uno de sus objetivos la necesidad de evitar la judicialización de los casos al tomar como justificación de la medida de aborto la declaración jurada de la mujer respecto de haber sido víctima de violación, aún es frecuente que los casos se judicialicen innecesariamente, alejando a menudo las posibilidades de una solución satisfactoria.

Debe destacarse que uno de los principales obstáculos para que la interrupción legal del embarazo tenga lugar, ha sido por muchos años la burocratización y judicialización legal de las solicitudes de abortos no punibles. Esta burocratización -es decir, el sometimiento a la mujer a transitar canales administrativos y/o judiciales innecesarios y de difícil comprensión- constituye un obstáculo a la vigencia efectiva del derecho de las mujeres y personas con capacidad de gestar a interrumpir legalmente el em-

barazo y, por lo tanto, no sólo implican una barrera en el acceso a su salud física, psíquica y social, sino que contribuyen a que se resuelva la interrupción de manera clandestina, por fuera de los centros de salud especializados, aumentando el riesgo para la salud de la mujer y las personas con capacidad de gestar.

A su vez, la burocratización es un fenómeno que tiene su origen no sólo en la falta de estrategias institucionales de transparencia y acceso al derecho a la salud en estos casos, sino en la propia formación de las y los profesionales involucrados -abogados/as, médicos/as, psicólogos/as- que en general manifiestan desconocer y/o no aplican los postulados en el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación. Adicionalmente, en los casos en que la voluntad de interrumpir el embarazo se judicializa, los operadores judiciales no suelen tener capacitación específica en la materia y esto contribuye a demoras y resoluciones contradictorias con la del máximo tribunal nacional.

En virtud de tales antecedentes, la CSJN recomendó, entre otras iniciativas, crear protocolos hospitalarios para la atención de los abortos no punibles. Esta recomendación fue tomada por la autoridad sanitaria nacional, ya que el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) estableció que no se requiera autorización judicial, ni denuncia policial previa en ningún caso, pues el único requisito habilitante para el aborto es una declaración jurada de la mujer o persona gestante; y que se eviten procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas.

De esta manera, el Tribunal Superior otorgó un lugar relevante al accionar del sector salud, sus equipos y profesionales, para la realización de la interrupción del embarazo, con la finalidad de eliminar los obstáculos a la accesibilidad (ej: administrativos y/o tiempo de espera).

Pese a existir un abundante consenso en el plano normativo y en la perspectiva sanitaria, la mayoría de los equipos de salud no cuentan con competencias suficientes para actuar en el diagnóstico y en la resolución de este importante problema de salud.

Un avance en tal sentido se encuentra en la interpretación amplia del artículo 86 del Código Penal, al considerar la despenalización parcial del aborto por la causal salud, es decir, por riesgo de salud de la mujer.

En el Protocolo (MSAL, 2015) se establece la causal salud como uno de los factores que pueden justificar la realización del aborto, pero esta cuestión debe trabajarse desde un enfoque integral que evite la tradicional medicalización del problema y no confinar este a la reducción de su abordaje desde la salud física o riesgo de vida.

Dado que en este proyecto se adscribe a la concepción de salud integral de la OMS (1948), esto implica considerar el bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias, por lo tanto, se tiene en cuenta en la evaluación de la causal salud, que la no interrupción de un embarazo no intencional puede tener

implicaciones sobre la salud física, psicológica y social, siendo la continuación forzada del embarazo un factor que puede afectar la salud integral de la mujer o persona con capacidad de gestar.

Finalmente, uno de los principales obstáculos radica en la objeción de conciencia por parte de las y los profesionales de la salud, pues tal como ocurre en Argentina es una gran barrera para el acceso al aborto no punible o aborto legal. Este aspecto, lamentablemente, propicia que muchas mujeres o personas con capacidad de gestar se sometan a abortos inseguros y clandestinos por fuera del sistema de salud, poniendo su vida y salud en riesgo.

Son muchos los médicos y las médicas que, a lo largo de estos casi 100 años de existencia del artículo 86 del Código Penal de la Nación (1921), a través del cual se despenaliza el aborto por medio del uso de causales o permisos (en caso de violación, riesgo de vida o riesgo de salud de la mujer), se han negado a practicar un aborto no punible por considerarlo una práctica que contraría sus creencias personales. El mal uso de la objeción de conciencia por parte de las y los profesionales de salud, como es la existencia de la objeción de conciencia institucional, donde la totalidad del servicio de salud es objetor, o la falta de regulación de la misma, como sería el establecer una diferenciación clara entre las y los profesionales de un servicio de obstetricia o ginecología que son objetores y quienes no lo son, operan como obstáculos desde los médicos y las médicas frente a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Es importante considerar que la objeción de conciencia no es un derecho de las y los profesionales de salud, sino un privilegio concedido por la situación jurídica en nuestro país, pues en la relación médica/o - paciente, los derechos son de la o el paciente y las obligaciones de las y los profesionales de salud, según lo establecido en la Ley de los Derechos del Paciente y su relación con profesionales e instituciones de la Salud (2009).

## METODOLOGÍA

El presente proyecto se sustenta en el enfoque de la Investigación Acción, en el cual se conjuga una forma de indagación y producción de conocimiento que prioriza la reflexión colectiva emprendida por las y los investigadores y las y los sujetos participantes (estudiantes universitarios y miembros de los equipos de salud y del Poder Judicial) en contextos específicos (instituciones sanitarias y judiciales emplazadas en el Municipio de Avellaneda), con el objeto de mejorar la comprensión de las prácticas de los sujetos y de las situaciones en que éstas tienen lugar (Kemmis y McTaggart, 1987).

Este estudio es el resultado del análisis de la información obtenida, por un lado a través de cuatro grupos focales realizados a profesionales de la salud del Municipio de Avellaneda. Y por el otro, una serie de entrevistas individuales realizadas también a profesionales de la salud. Los grupos focales fueron llevados a cabo en un espacio de oficinas administrativas facilitado por el municipio, se realizaron en tres días diferentes y su duración fue de una hora y media aproximadamente. Las entrevistas de carác-

ter semiestructuradas, se realizaron en su mayoría en el ámbito laboral de los profesionales, y en algunos casos en el mismo espacio facilitado para los grupos focales. Hubo un total de 23 entrevistadas y entrevistados, integrados por: pediatras, ginecólogas/os, promotores de salud, psicólogas/os y psicopedagogas.

Se eligió esta metodología arriba mencionada ya que contribuye a destacar la dimensión social y cultural de los problemas de salud, facilitando “*que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes*” (Escobar y Jiménez, 2009), lo que es más complejo de obtener con otros métodos. Se busca conocer el contexto en que acontecen los fenómenos estudiados a través de la mirada de referentes claves, para facilitar la comprensión de dimensiones complejas que no se reflejan en los registros estadísticos (Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptista Lucio, P.; 2004). (Souza Minayo, M.C. de 2009). A su vez, la dinámica grupal propicia el cruce de opiniones y genera un espacio de debate e intercambio de conocimientos e ideas, y la técnica de los grupos focales proponen producir datos a través del *uso explícito de la interacción en grupo* (García Calvente, M.M. e I. Rodríguez, M. 2000).

Se ha utilizado como unidad de análisis el grupo, procurando no dejar de lado las voces disidentes (Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., & Zoran, A. G., 2011). Posteriormente se realizó un “Análisis de comparación constante” (Glasser & Strauss, 1967); (Glaser B.G. 1992), lo que conlleva tres etapas: a) Codificación abierta, en la cual los datos son fragmentados en pequeñas unidades a la que se le asigna un descriptor o código; b) Codificación axial, agrupando los códigos en categorías; c) Codificación selectiva, en la que se desarrolla una o más temáticas que expresan el contenido de cada uno de los grupos (Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., & Zoran, A. G., op.cit).

A partir de las desgrabaciones, y utilizando en un comienzo las preguntas guía, se ha codificado y clasificado la información obtenida. La codificación es un “modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos, incluye la reunión y el análisis de todos estos” (Taylor S.J & Bodgan R., 1984), utilizando la interacción entre los participantes y la complejización de las temáticas propuestas, se fueron creando nuevas categorías, lo que implica “refinar el esquema de codificación” (Taylor S.J & Bodgan R., op.cit).

La transcripción literal de las grabaciones, lectura preliminar de las transcripciones, definición de categorías, codificación de las transcripciones, análisis del contenido de las mismas y realización del informe son las fases para el análisis de la información de los grupos focales (M.M. García Calvente e I. Mateo Rodríguez, 2000) y las que se llevaron a cabo en esta investigación.

El análisis total de las entrevistas y grupos focales de los servicios de salud y justicia del Municipio de Avellaneda, realizadas en el marco del proyecto de investigación, condujo a la elaboración de las siguientes categorías de análisis: a) Conocimiento legislativo; b) Posicionamiento personal; c) Procedimiento; d) Perspectiva de derechos;

e) Causales; f) Mortalidad materna; g) Objeción de conciencia; h) Formación - capacitación; i) Educación sexual; j) Concepción de salud; k) Estigmatización; l) Motivos que conducen a la decisión de interrumpir un embarazo; m) *Acceso a la ILE*; n) Métodos anticonceptivos.

Particularmente para el presente artículo, nos centramos en el análisis de las concepciones de las y los profesionales de los servicios de salud en relación al Acceso a la Interrupción Legal del Embarazo. Esta categoría engloba los datos de la demanda de mujeres y personas con capacidad de gestar de ILE en los servicios de salud así como las barreras y/o facilitadores del acceso a la práctica, a la medicación.

## RESULTADOS

A partir del análisis de las entrevistas y grupos focales, se observa que la mayoría de las y los entrevistados advierte como obstáculo central de acceso al aborto legal a los propios profesionales, ya sea por desconocimiento de la normativa vigente o por objeción de conciencia.

Más particularmente, y a partir del análisis de los datos se ha observado lo siguiente:

### a. Desinformación de los profesionales en torno a las causales bajo las cuales la interrupción es legal (riesgo de vida, riesgo de salud integral y violación).

Salvo casos excepcionales, la mayoría de los profesionales participantes desconoce la normativa vigente que rige a la ILE, así como cuáles son los requisitos para poder realizarlas. Esto repercute en las prácticas de las y los profesionales que sustentan su accionar en sus propias creencias, pero sin basamento en la legislación vigente. Ejemplos que dan cuenta de ello son pedidos de intervención de la justicia en aquellos casos donde no es necesario hacerlo: “*la legalidad no la pone el médico, la pone la justicia*” (Grupo focal con pediatras, tocoginecólogos/as, psicólogo/a y psicopedagoga/o - 22/06/2016), o bien profesionales que se niegan a dar información sobre métodos y procedimientos; casos en los que se alude objeción de conciencia pero no se deriva a los pacientes a otro profesional competente: “*En este caso, ella no pudo acceder al aborto no punible ya que en el hospital se presentaron todos como objetores de conciencia.* (Grupo focal con pediatras, tocoginecólogos/as, psicólogo/a y psicopedagoga/o - 22/06/2016),

De este modo, una fracción de los profesionales informan que se le niegan estos procedimientos a las mujeres por el temor a ser penalizados, ya que muchos siguen creyendo que el aborto es ilegal en todos los casos, salvo violación. “*El obstáculo real es que no sé si el médico lo va a practicar (...) porque no se juega. Porque no está muy clara la ley. (...) La idea es todos los juicios de mala praxis que hay.*” En relación a ello, podemos destacar que esta desinformación se debe, en parte, a un tratamiento tabú de la temática. Se constata un pacto de silencio que se refuerza institucionalmente: manifiestan que se trata una realidad clandestina sobre la cual no está aceptado hablar, ni en los servicios, ni en la comunidad: “*yo por lo menos no encontré ningún caso dentro de la unidad sani-*

taria, pero creo que porque ahí es un tabú que hay personas que ahí no lo hablan” (Grupo focal con Promotores de Salud y Ginecólogos/as - 28/08/2016). En otro de los grupos focales efectuados se señala: “Porque la mayoría no está a favor, por eso no se habla” (...) “Esta es la primera vez que hablo del tema. Entonces por algo se está rompiendo algo y estamos ¡che, acá hay algo nuevo, mirá que bueno! Y sale todo lo que sale porque es nuevo... Fuimos avanzando en un montón de cosas, y en esto quedamos ahí como tapaditos. Bueno, capaz que ahora empieza a destaparse...” (Grupo focal con Promotores de Salud, 28/06/2016).

b. **Objeción de conciencia:** En este sentido, otro de los principales obstáculos destacados son la conducta profesional, ya que muchos promotores de salud y enfermeras/os señalan no contar con apoyo de las y los profesionales de los servicios donde trabajan: “La primera barrera es el médico”; “Y si vienen ya te digo que con mi unidad no cuentan, porque la ginecóloga que tenemos nosotros no está de acuerdo con el aborto, entonces trata de convencerlas, y no vuelven.” (Grupo focal con Promotores de Salud y Ginecólogos/as - 28/08/2016). Pese a la constatación de este aspecto como uno de los principales obstáculos que entorpece la tarea asistencial del equipo de salud, los distintas/os profesionales concuerdan en dar asistencia a los casos que llegan con un aborto en curso, justificando que no hacerlo sería abandono no sólo de paciente, sino de persona. “En esos casos (aborto en curso) hay que atender, siempre atendemos. Nadie va a dejar de atenderlo porque es abandono de paciente y de persona” (Grupo focal con pediatras, tocoginecólogos/as, psicólogo/a y psicopedagoga/o - 22/06/2018).

c. **Dificultad para acceder a la medicación:** Este tópico resulta otro de los principales obstáculos mencionados, pues se plantea que los servicios no cuentan habitualmente con misoprostol, y en los casos en los que sí disponen de este fármaco no todos las y los profesionales no se animan a pedirlo para realizar estas intervenciones. “Por eso, yo lo que creo que hay que modificar es el recurso, o sea como nos es re difícil conseguir el oxaprost en todas las farmacias amigables, y me parece bastante complicado en médicos amigables, también va a ser muy complicado que todos sean amigables, que en realidad el Estado debería proveer también, del oxaprost, nosotros llenar la historia, bueno, podríamos pensar como se resuelve esa cuestión, pero tener nosotros en la Unidad Sanitaria como recurso el oxaprost para poder administrarlo.” (Grupo focal con Promotores de Salud, 28/06/2016). A su vez, otra de las dificultades estriba en que no todas las farmacias acceden a venderlos, incluso cuando se cuenta con la receta correspondiente. Esto condujo, según cuentan los informantes, al armado de una red de “farmacias amigables” en el municipio: “..., nosotros no tenemos los comprimidos. Esta chica que me ayuda a mí tiene un número de teléfono de alguien que lo consigue y no es por la farmacia. (...) Porque también es eso, una de las pacientes, de las dos que me tocó, se recorrió un montón de

farmacias y nadie le quería vender.” (Entrevista a Ginecóloga- Junio 2016).

d. **Desconocimiento de la normativa:** Tras el análisis del material se observó, por regla general, una marcada tendencia al desconocimiento de la normativa que regula el aborto no punible en Argentina, tanto del Código Penal como del Fallo F.A.L. La mayoría de las y los profesionales de salud no conocen la normativa y, de conocerla, registran conocimientos genéricos e inespecíficos que no son aplicables a las prácticas en relación a la temática. “Más que conocimiento de la normativa, puedo tener ideas” (Entrevista Jefe Caps) “No lo sabemos, nosotros tenemos entendido que tendría que pasar por la justicia...” (Grupo focal con Promotores de Salud, 28/06/2016). En los casos excepcionales que por diversos motivos no realizan estas prácticas, señalan que buscan derivar a las usuarias a profesionales o servicios dentro o fuera del municipio, en los cuales tienen comprobaciones ciertas de que sí las realizan. Igualmente es de destacar que, aunque en un número muy reducido, profesionales refieren conocer la normativa y regirse bajo lo que esta establece, realizando interrupciones legales del embarazo cuando estas se enmarcan dentro de alguna de las causales. “En nuestro país nada es institucional, cada uno hace como entiende la ley, la interpreta como quiere, y hace lo que quiere, y no hay nadie ni que te controle, ni que diga si está bien o está mal. Y bueno lo que está ocurriendo es eso, como que es un trabajo individual” (Grupo focal con Promotores de Salud y Ginecólogos/as - 28/08/2016).

e. **Vínculo con el personal administrativo:** Asimismo, también se señala reiteradamente que durante el ingreso a los servicios de salud representa un obstáculo el acceso a la ILE, y que por lo tanto constituye uno de las cuestiones a transformar si se persigue el objetivo de garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos: “Justamente, todos componen el sistema de salud, y el administrativo, es una pieza clave, es aquel que atiende, que recibe, pero bueno, lamentablemente, en algunos casos, no en todos. Pero no se da información como para que el circuito dentro del sistema de salud sea más ágil y mejor.” (Grupo focal con Promotores de Salud y Ginecólogos/as - 28/08/2016).

f. **Formación de las y los profesionales de salud:** Manifiestan no haber recibido ninguna capacitación oficial desde el Municipio de Avellaneda ni de otras instancias oficiales. Asimismo, algunos profesionales lo señalan como un tema “tabú” en los servicios de salud, lo que imposibilita desarrollar capacitaciones en la temática. “Pero la verdad que hay mucha gente que le falta capacitación. Hay muchas limitaciones para hacer ese tipo de trabajo.” A raíz de estos resultados se recibió la demanda de capacitaciones tanto a las y los profesionales de salud como a los promotores y administrativos de los servicios. Se registró la necesidad de contar con los conocimientos adecuados para la ILE y fortalecer la respuesta coordinada de la red asistencial.

## TRANSFERENCIA A LOS SECTORES SANITARIO Y JUDICIAL

El proyecto de investigación del que se desprende este artículo se propuso, además de obtener un conocimiento y profundización teórico en la materia, lograr una mejora efectiva en el acceso al derecho a la salud y a la interrupción legal del embarazo.

Implicó, en una primera etapa, sensibilizar y transferir competencias y herramientas a los estudiantes de las Unidades Académicas de Medicina, Derecho, Psicología y Ciencias Exactas y Naturales sobre el derecho a la interrupción legal del embarazo.

En una segunda etapa, y en continuidad con la labor efectuada durante la etapa anterior, se implementó un Programa de Capacitación y Modificación de Actitudes (PCyMA) en el ámbito de la práctica profesional (equipos interdisciplinarios de salud y de justicia tutelar del Municipio de Avellaneda) a fin de transformar los modos de actuación sobre los problemas que enfrentan los equipos a través de una lógica participativa que permitiera, a los actores involucrados, el viraje desde una concepción y abordaje de la interrupción del embarazo como un problema legal o ilegal hacia su consideración y consiguiente abordaje como un problema de salud pública.

Para tal fin se realizaron, durante el desarrollo de todo el proyecto, reuniones intersectoriales en las cuales participaron referentes de salud, justicia y miembros del equipo de investigación para ir presentando los avances del proyecto e ir monitoreando los cambios y las nuevas necesidades en relación a la temática del acceso a los derechos sexuales y reproductivos y, en particular, del derecho a la ILE.

Finalmente, se realizó una revisión del diseño del PCyMA para su eventual replicación en otras unidades sanitarias y centros de tutela judicial.

Las capacitaciones se realizaron en terreno, como prueba piloto, en unidades sanitarias seleccionadas por la Secretaría de Salud del Municipio de Avellaneda y en uno o más centros de tutela judicial con sede en dicha localidad, e incluyó contenidos tales como:

- Situación del aborto en el mundo y en la Argentina
- Marco legal en la Argentina
- Causales que habilitan la interrupción legal del embarazo
- Abordaje desde los equipos de salud: las consejerías
- Historia Clínica: consentimiento informado y declaración jurada
- Evaluación y estudios complementarios
- Procedimientos para realizar la interrupción segura del embarazo
- Anticoncepción post interrupción del embarazo

El enfoque de participación activa sustentado durante la realización de los talleres han resultado primordiales para problematizar los conocimientos y actitudes, así como brindar información que promueva efectos positivos en la salud y el bienestar. Al mismo tiempo, se confeccionó un kit de herramientas, con juegos, folletos, carteles, y guía de recursos para dejar como recurso disponible a los referentes de las instituciones participantes.

## EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA E IMPACTO SOCIAL DEL PROYECTO

Esta etapa ha sido sumamente importante para la retroalimentación pues incluyó el monitoreo de todas las actividades realizadas durante el desarrollo del proyecto, así como la evaluación de sus resultados e impacto social. Se compararon los avances experimentados en relación con la etapa 1 (caracterización del problema) examinando si han existido desvíos positivos en relación al incremento del conocimiento en torno a la necesidad de fortalecer las competencias para actuar eficazmente sobre el tema propuesto. Se elaboró una guía de observación para ser aplicada en la instancia de la intervención sobre los distintos grupos seleccionados, con el objetivo de medir aspectos cualitativos relacionados con el contexto, el alcance y el impacto de la experiencia en el área de influencia de la unidad sanitaria.

Si bien se plantearon algunos obstáculos de índole administrativo y en la coordinación institucional que introdujeron demoras en el cumplimiento de objetivos, los resultados han sido satisfactorios, y la implementación se hizo posible merced a la eficaz coordinación conjunta entre los miembros del equipo de investigación y los referentes designados por las instituciones participantes, que representan a los servicios de salud y la administración de justicia en el nivel local.

Aún más, como un resultado imprevisto pero altamente auspicioso en la medida que refleja el interés y compromiso de los actores participantes, conforme se fueron implementando las actividades comprendidas en el proyecto comenzó a gestarse una vinculación técnica entre el sector salud y el equipo de investigación que excedió los propósitos originales de la relación acordada para la realización del trabajo. Así fue cómo, desde el inicio del proyecto hasta la fecha, referentes del sector salud y del sector judicial realizaron consultas al equipo de investigación para el abordaje y resolución de casos de abortos no punibles y su acceso a la interrupción legal del embarazo. En este marco se realizó un aborto no punible en uno de los hospitales bajo nuestra supervisión y se estableció la derivación a una asociación civil con sede en la Ciudad de Buenos Aires que aborda el acceso de las mujeres a la interrupción legal del embarazo.

## CONCLUSIONES

En el presente artículo se han relevado los obstáculos y barreras en el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo, en los servicios de salud del Municipio de Avellaneda. Los resultados permitieron concluir que hay un gran desconocimiento por parte de los y las profesionales en relación a las causales bajo las cuales la interrupción es legal, así como de la normativa que las rige y los requisitos para su aplicación. Para la mayoría de los entrevistados (en el 2016) el principal obstáculo de acceso al aborto legal son los propios profesionales de la salud, ya sea por este desconocimiento de la normativa vigente o por la existencia de objeción de conciencia.

Pese a existir un abundante consenso en el plano normativo y en la perspectiva sanitaria, la mayoría de los equi-

pos de salud no cuentan con competencias suficientes para actuar en el diagnóstico y en la resolución de este importante problema de salud.

Todos estos determinantes repercuten en las prácticas de los profesionales que se apoyan en creencias que circulan en los servicios de salud, pero que no tienen base en la legislación, dificultando el acceso a la ILE y la garantía de derechos sexuales y derechos reproductivos.

La posibilidad de vincular a los equipos de salud del municipio, y de poner en discusión la problemática, acompañadas de las capacitaciones que se dieron, permitieron generar un lazo institucional y comenzar a sortear algunas barreras del acceso a la ILE.

En la coyuntura actual, a partir del reciente debate del Proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Congreso de la Nación, y de las masivas movilizaciones sociales de mujeres que lograron ubicar el tema en la agenda actual de Salud Pública, resulta crucial fortalecer los dispositivos de salud y el conocimiento en esta temática. Será necesario garantizar el acceso a la información, tanto de los y las profesionales como de la población, para eliminar la vulneración de los derechos sexuales y derechos reproductivos, en este caso, de las personas con capacidad de gestar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Código Penal de la Nación (1921).
- Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires. Resolución Nro. 6635/2013 sobre fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación "F. A. L. MEDIDA AUTOSATISFACTIVA.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012). Caso "F.A.L. s/ medida autosatisfactiva", expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012.
- DEIS (2013). Estadísticas Vitales. Información básica, año 2012. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.
- Escobar, J. y Bonilla-Jimenez F.I. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, Vol. 9 No. 1, 51-67.
- Galindo, B. (2007). Aborto, Salud y Bienestar. Hoja Informativa, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Marzo de 2007.
- García Calvente, M.M. e Mateo Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica, en revista Atención Primaria, vol. 25.
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company.
- Glaser BG. (1992). Emergence v forcing basics of grounded theory analysis. Mill Valley: Sociology Press.
- Grimes, D. et al. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic, en The Lancet, V. 368, núm. 9550, 25 de noviembre de 2006, pp. 1908-1919.
- Gutmacher-OMS (2018). Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Gutmacher-Lancet Commission. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2004). Metodología de la investigación. Mc. Graw Hill. México D.F, Buenos Aires.
- Karolinski, A., Mercer, R., Micone, P., Ocampo, C., Mazzoni, A., Fontana, O. et al. (2013). The epidemiology of life-threatening complications associated with reproductive process in public hospitals in Argentina. Br J Obstet Gynecol; 120(13). 1685-95.
- Kemmis, S., McTaggart, R. (1987). Cómo planificar la investigación-acción, Barcelona, Alerte.
- Ley 25.673/2003 (2002). Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley 26.529/2009 (2009). Nacional de los Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud MSAL (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación.
- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva OSSyR (2014). Sala de Situación 3. [http://www.ossyr.org.ar/sala/sala\\_tres.asp](http://www.ossyr.org.ar/sala/sala_tres.asp) (accessed July 15 2014).
- OMS (2012). "Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud". Organización Mundial de la Salud. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf)
- Onwuegbuzie, A.J., Dickinson, W.B., Leech, N.L., & Zoran, A.G. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. Paradigmas, 3, 127-157.
- Pantelides, E., Mario, S. (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población (CEPAL), 87:95-120.
- Ramos, S., Romero, M. (2013). La mortalidad materna: salud pública y derechos humanos. Revista ISALUD. Universidad ISALUD, Buenos Aires, Volumen 8 Nro. 36 pp16-18.
- Rosenberg, M. (2010). Sobre el aborto no punible. Congreso de países del Mercosur sobre Bioética y Derechos Humanos-Derecho a la salud. Buenos Aires, Ministerio de Justicia, 2 al 4 de Diciembre.
- Rubinstein, A. (2018). Exposición en el Senado de la Nación, Plenario de Comisiones por la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. 24/07/18. Congreso de la Nación Argentina. <https://www.youtube.com/watch?v=yJ4Gg6fVhOY>
- Souza Minayo. M.C. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. - 1ª.Ed.-/ Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sundström, K. (1996). Abortion across social and cultural borders, presented at the Seminar on Socio-cultural and political aspects of abortion from an anthropological perspective, marzo, Trivandrum, India, en Faúndes, A., Faúndes, A., Barzalatto, J. (2011). "El drama del aborto. En busca de un consenso". Buenos Aires. Paidós.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1984, trad.1987). "Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados", Buenos Aires: Paidós.

Fecha de presentación: 13 de marzo de 2018

Fecha de aceptación: 5 de octubre de 2018