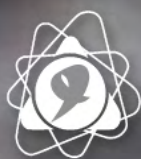


INFORME

VIOLENCIAS EN EL ACCESO AL ABORTO

UN ACERCAMIENTO DESDE LA RED DE PROFESIONALES POR EL DERECHO A DECIDIR EN LA REGIONALES ZONA OESTE PBA Y MENDOZA



Red de Profesionales de la
Salud por el Derecho a Decidir



OGyPP

Observatorio de Géneros
y Políticas Públicas

VIOLENCIAS EN EL ACCESO AL ABORTO

Un acercamiento desde la Red de Profesionales
por el Derecho a Decidir en la regionales
Zona Oeste PBA y Mendoza

FLORENCIA CASCARDO, ISONDU ROBAINA,
EUGENIA TESTONI, GISEL TREBOTIC.

VIOLENCIAS EN EL ACCESO AL ABORTO

**Un acercamiento desde la Red de Profesionales
por el Derecho a Decidir en la regionales
Zona Oeste PBA y Mendoza**



Violencias en el acceso al aborto

Un acercamiento desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en la regionales Zona Oeste PBA y Mendoza

Autoras: Florencia Cascardo, Isondu Robaina, Eugenia Testoni, Gisel Trebotic.

Recolección de datos: Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir y Observatorio de géneros y políticas públicas

Sistematización de datos: Gisel Trebotic

Diseño y diagramación: Lourdes Fernández Madero

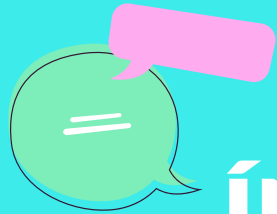
Foto tapa: Matías Subat

Equipo Red: Regional Oeste de la Provincia de Buenos Aires y Regional Mendoza. Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir y Observatorio de géneros y políticas públicas, Buenos Aires, Septiembre 2021.

Archivo Digital: descarga y online.



Esta publicación y su contenido se brindan bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 2.5 Argentina. Es posible copiar, comunicar y distribuir públicamente su contenido siempre que se cite a los autores individuales y el nombre de esta publicación, así como la institución editorial. El contenido de esta publicación no puede utilizarse con fines comerciales.



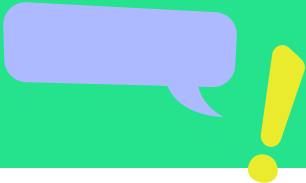
ÍNDICE



Pág. 2	Introducción
Pág. 4	Fundamentación
Pág. 8	Objetivo y metodología de la investigación
Pág. 13	Contexto
Pág. 14	Principales resultados
Pág. 14	Definición de violencia en el acceso al aborto
Pág. 17	Zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires
Pág. 33	Provincia de Mendoza
Pág. 44	Conclusiones preliminares
Pág. 48	Anexo I
Pág. 56	Anexo II
Pág. 60	Bibliografía



INTRODUCCIÓN



La conquista de la interrupción voluntaria del embarazo el 30 de diciembre de 2020 fue un momento cúlmine de un proceso que encuentra en los primeros años de este siglo su expresión más álgida de movilización. Entre los sucesos de mayor relevancia podemos situar la conformación en el año 2005 de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito; la difusión del uso de misoprostol por parte de lesbianas y feministas por la legalización del aborto; el trabajo de la Red de Socorristas, feministas que abortamos y de otros espacios de acompañamiento en abortos autogestionados en todo el país. En ese proceso es que trabajadorxs del sistema de salud, especialmente en el ámbito público, conforman la Red de Profesionales de la salud por el Derecho a Decidir.

Este proceso organizativo dio lugar a una interpretación progresiva de la legislación vigente (siendo ejemplo de ello el artículo 86 del Código Penal de

1921) que se vio respaldada por nuevas regulaciones como el fallo F.A.L.; la aprobación de la comercialización del misoprostol por la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), tanto para su venta con receta archivada en farmacias como para su uso ginecológico en servicios de salud (disposición Nro. 6726/2018 de ANMAT); y la producción de misoprostol por un laboratorio público.

Como parte de este proceso, el año 2018 marcó un punto de inflexión a partir del tratamiento de la legalización y despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en el Congreso de la Nación. Las paredes del Congreso fueron rebasadas y el feminismo pudo instalarse como voz legitimada, accediendo a lugares antes negados como los medios masivos de comunicación y la opinión pública. Encontró en las calles su escenario principal: las plazas de todo el país se vieron desbordadas por marchas masivas, vigiliadas, expresiones artísticas y debates que encontraron a jovenxs con luchadoras históricas, habilitando un encuentro intergeneracional y masivo que marcó la potencia del movimiento feminista argentino. La confluencia de estos cambios fue la condición de posibilidad para que hoy el aborto sea ley en nuestro país.

En la actualidad, contamos con un escenario donde la garantía del acceso al derecho consagrado se vuelve lucha cotidiana. El entorpecimiento en el acceso a la interrupción del embarazo va desde la judicialización en algunas provincias de la nueva ley, el abuso en el ejercicio de la objeción de conciencia y la obstaculización en el acceso a partir de prácticas que suponen el ejercicio de la violencia hacia quienes deciden interrumpir sus embarazos.

Este trabajo fue ideado a principios de 2020 con el objetivo de dar cuenta de las vulneraciones de derechos a las que se enfrentan mujeres, lesbianas, varones trans y personas no binarias a la hora de acceder a una interrupción del embarazo dentro del sistema de salud. Si bien en ese momento el aborto ya no era socialmente penado, aún faltaba que la legislación lo reconozca como lo que es, un derecho de las personas gestantes. En ese marco, se buscó realizar un relevamiento que aporte evidencia sobre lo que la ley ya contemplaba en ese momento: las interrupciones legales, sabiendo que las mismas encontraban diferentes limitaciones a lo largo y ancho de nuestro país.



FUNDAMENTACIÓN

El acceso a la ILE antes de la IVE

Al momento de encarar esta investigación, en Argentina contábamos con dos realidades: el aborto clandestino y el que, a partir de las causales establecidas desde 1921 de acuerdo a lo que establece el artículo 86 del Código Penal de la Nación, se entiende como una interrupción legal del embarazo (ILE). A partir del 24 de enero de 2021 entró en vigencia la nueva ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo aprobada el 30 de diciembre de 2020.

EL ACCESO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: ENTRE EL SISTEMA DE SALUD Y LAS ORGANIZACIONES FEMINISTAS

En Argentina, el sistema de salud está organizado en tres subsistemas: Público, Privado y de Obras Sociales. A su vez el sector público está organizado en hospitales que dependen del Ministerio de Salud de la Nación, hospitales que dependen de los Ministerios de Salud Provinciales, y hospitales y centros de salud municipales. Las interrupciones de embarazo se acompañan desde servicios de primer nivel (centros de salud), y de segundo y tercer nivel (hospitales). En la mayoría de los protocolos se recomienda que las interrupciones de embarazo que se realizan a una edad gestacional menor a 12.6 semanas se acompañen de forma ambulatoria y en las mayores a 13 semanas se realicen con internación en un hospital.

La forma de acceso a una interrupción de embarazo acompañada por el sistema de salud es muy heterogénea según cada provincia y municipio. La gran mayoría de trabajadorxs de salud organizadxs en la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir se desempeñan en centros de salud del primer nivel de atención. El acceso se ve facilitado, o en su defecto, obstaculizado, dependiendo de la jurisdicción, de la historia de organización en ese territorio tanto de la Red de Profesionales como de otras organizaciones feministas y de la decisión política de los gobiernos municipales y provinciales. La persona que decide interrumpir su embarazo o desea información al respecto, se dirige al centro de salud u hospital más cercano. Si finalmente su

decisión es la de interrumpir el embarazo, dependiendo de la edad gestacional, determinada por la fecha de última menstruación o por ecografía, se realiza el tratamiento que corresponda según protocolo. En algunas instituciones existen equipos interdisciplinarios específicos para dar acceso al derecho. Muchas personas llegan a las instituciones a través del acompañamiento, articulación y referencia de organizaciones feministas.

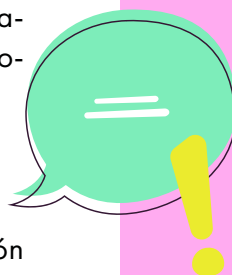
Ahora bien, quienes acompañan estas trayectorias escuchan a diario relatos donde se detectan múltiples formas de violencias. Históricamente se han relatado situaciones de mayor vulnerabilidad y violencia en aquellas interrupciones que se realizan con internación en los servicios de segundo nivel.

¿QUÉ REGULA LAS INTERVENCIONES?

Este estudio se comenzó bajo la vigencia del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” -Protocolo ILE- elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación cuya última actualización con resolución ministerial en diciembre de 2019.

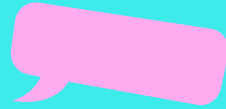
El mismo regulaba el procedimiento para la solicitud de una interrupción del embarazo según las causales establecidas por la ley, contemplando una diversidad de aspectos que abarcaban desde indicaciones para el abordaje (como formas y plazos de atención, estudios médicos a realizar, entre otros) hasta aspectos vinculados al procedimiento para realizar la interrupción (como elección del método, parámetros para definir la necesidad de internación, analgesia y manejo del dolor, uso de anestesia, etc), considerando incluso las indicaciones y el cuidado posteriores a la interrupción.

Al finalizar este estudio, ya contábamos con una nueva actualización del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo que busca dar cumplimiento a la ley 27.610.





OBJETIVO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



En el marco de este informe nos propusimos identificar las violencias a las que se ven expuestas las personas que deciden interrumpir sus embarazos en el sistema de salud. Estos registros se hicieron a través de las percepciones de quienes integran la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir y grupales feministas que acompañaron dichas interrupciones, junto con testimonios de las protagonistas.

El relevamiento se realizó en las regionales de Mendoza y Zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires, de acuerdo a las posibilidades de quienes integran la Red de llevar adelante un trabajo de esta magnitud. De ninguna manera representa la complejidad y extensión de nuestro país, sino que refleja solo una parte de la realidad de estos territorios y de los efectores de salud que se enumeran en el desarrollo del trabajo.

Esta investigación parte de un abordaje que combina técnicas cuantitativas y cualitativas, siendo su diseño conceptual producto del trabajo articulado entre la Red de Profesionales por el derecho a decidir -en adelante RED- y el Observatorio de Géneros y Políticas Públicas - en adelante OGyPP-.

En una primera etapa, el estudio se centró en la dimensión cuantitativa realizada a través de un formulario autoadministrado. Para su confección, se realizaron encuentros semanales bajo la modalidad “focus group”, donde se buscó operacionalizar las situaciones de violencia mediante la construcción de indicadores comunes que permitieran registrar su ocurrencia en las interrupciones del embarazo, acorde al despliegue y funcionamiento de la Red.

Como resultado de este proceso se llegó a la tipificación de las violencias a relevar en: maltrato psicológico, maltrato físico, tratamiento médico, violación de la confidencialidad y obstaculización en el acceso (ver anexo). Definido este formulario, se seleccionaron con un criterio de intencionalidad las jurisdicciones de la Provincia de Mendoza y Zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires. Durante el mes de octubre de 2020, se desarrolló una prueba piloto que permitió realizar los ajustes en la herramienta de recolección de datos.

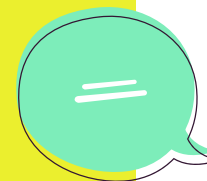
Finalizada esta etapa, entre los meses de diciembre de 2020 y febrero de 2021 se procedió a la recolección de la información por parte de todas las personas integrantes de la Red en dichas regionales, destacando entre los criterios:

- Registrar las violencias en el momento en que son percibidas. Pudiendo a una persona corresponder más de un episodio de violencia a lo largo de la interrupción.
- Cada carga en el instrumento de recolección de datos debe corresponder a lo ocurrido en un único efector de salud. De registrarse violencias en distintos efectores, se realizarán tantas cargas como cantidad de efectores por los que pasó la persona y fue violentada.
- Se diseñó un código de identificación tanto para quienes acompañan como para quienes interrumpen.

En una segunda etapa se avanzó en el relevamiento cualitativo a partir de entrevistas en profundidad semiestructuradas a:

- Integrantes de la RED que hayan acompañado alguna interrupción del embarazo donde hayan ocurrido violencias. La selección se realizó a partir de un criterio de intencionalidad: trayectoria dentro de la Red y misma procedencia geográfica que apartado cuantitativo
- Personas mayores de 18 años que hayan sufrido algún tipo de violencia en el acceso a la interrupción de su embarazo y que haya sido acompañada por integrantes de la RED.

Se aplicó una modalidad de entrevista virtual (mediante la plataforma Zoom), a las personas que accedieron a participar del estudio, previo consentimiento informado. El compromiso de lxs informantes en todas las etapas fue fundamental para el relevamiento y la sistematización de la información.



RED DE PROFESIONALES DE LA SALUD POR EL DERECHO A DECIDIR:

Somos más de 700 equipos de Salud en la Argentina. Somos más de 2000 profesionales en todo el país que desde hace 6 años realizamos nuestro trabajo a conciencia y dentro del sistema de salud, poniendo las/os cuerpos/os en esta inmensa lucha con la que logramos que el aborto en la Argentina sea legal, seguro y gratuito. Fuimos parte de esa inmensa marea que llevó al Congreso de la Nación la urgencia por sacar al aborto de la clandestinidad. Hoy, en la Argentina decidir abortar es legal hasta las 14 semanas y luego de ese plazo, es legal por causales (ver “Guías y protocolos – Ley 27.610) Durante muchos años garantizamos ILEs (Interrupción Voluntaria del Embarazo) y hoy, con la ley 27.610 garantizamos IVEs (Interrupción Voluntaria del Embarazo).

Luchamos por el derecho a decidir si parir o si no hacerlo. Creemos que la maternidad debe ser una elección estimulada por el deseo y nunca una condena o un mandato social.

Somos ese entramado feminista dentro del sistema de salud que garantiza cuidados.

Somos quienes creemos que el sistema de salud debe ser parte de la solución y no del problema. Nos negamos a reproducir la violencia institucional, misógina y patriarcal sobre las cuerpos/cuerpos de quienes deciden gestar y de quienes deciden no hacerlo.

Somos quienes sostenemos las prácticas amorosas en esta tarea de acompañar en las decisiones vitales.

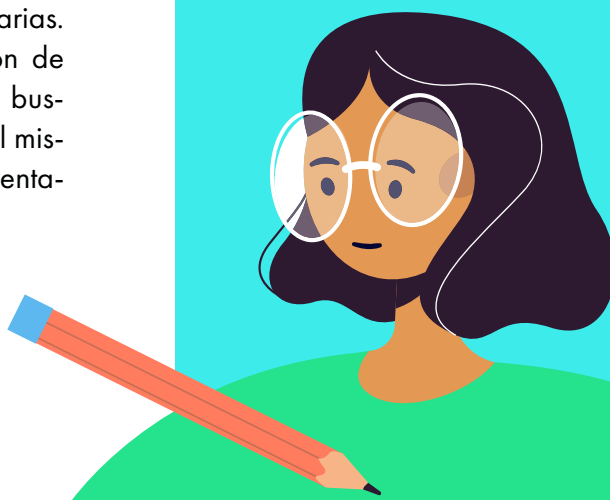
Somos miles trabajando en el sistema de salud, garantizando abortos seguros. Somos miles garantizando el derecho a la anticoncepción y a la información sobre derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

OBSERVATORIO DE GENEROS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Somos un equipo de profesionales de distintas disciplinas comprometidxs con la militancia feminista. Contamos con experiencia en políticas públicas, trabajo comunitario e intervención en debates públicos.

Nuestra misión es la elaboración de contenidos y herramientas útiles para la construcción de una sociedad igualitaria, libre de violencias y con acceso a derechos para todxs.

Para ello, nos proponemos contribuir al diagnóstico, análisis, producción e implementación de políticas orientadas al acceso a derechos de mujeres, lesbianas, bisexuales, travestis, trans e identidades no binarias. Entendemos fundamental contar con información de calidad y vigente para construir iniciativas que busquen transformar las desigualdades de género, al mismo tiempo que desarrollar un aporte a la implementación y seguimiento de las mismas.



CONTEXTO DE LA RED DE PROFESIONALES POR EL DERECHO A DECIDIR

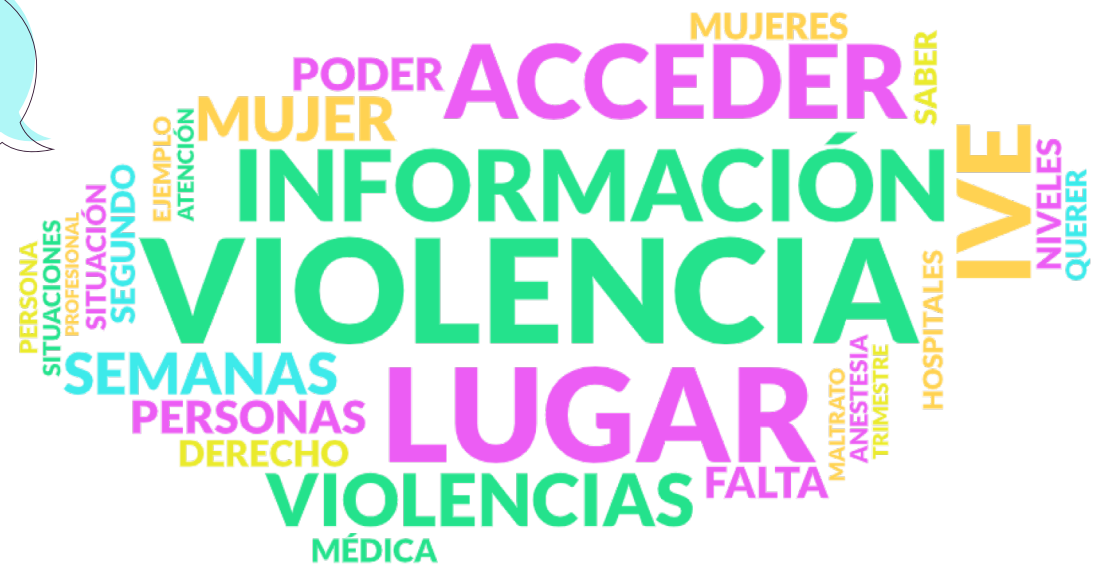
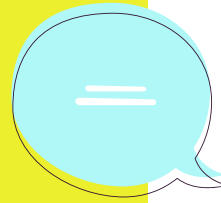
Comenzamos esta experiencia en plena pandemia de COVID-19, lo que atravesó la vida de todes y especialmente las condiciones de acceso al derecho a la salud. El trabajo de los equipos que intentan garantizar las interrupciones de los embarazos se complejizó e implicó dar la disputa por el carácter de urgencia de estas consultas, visibilizar la ruta crítica que transitan las personas para acceder a la práctica y las violencias que padecen.

Asimismo, el año 2020 nos encontró en plena pelea por la legalización del aborto y la transición de la ILE a la IVE. Un cambio de paradigma que sólo se traducirá en una transformación de las prácticas con una fuerte participación de las organizaciones. Por eso, este estudio tiene un valor adicional, porque a la vez que dábamos la lucha en las calles, creamos herramientas para visibilizar en qué condiciones se accede al derecho conquistado.

Cabe señalar que los datos a los que se arribó en el presente estudio son resultado del trabajo realizado por los equipos que conforman la Regional Oeste de la PBA y la Regional Mendoza. Por lo tanto, hay un subregistro de las personas gestantes que solicitan la IVE/ILE debido a que existen equipos que no forman parte de la RED y a los que no se tiene acceso de los datos.

Aún así, comenzamos a sistematizar datos inéditos incluso para el Estado en relación a la calidad de la atención, como herramienta para exigir medidas concretas que busquen erradicar las violencias y brindar una atención en el marco de los derechos humanos.

PRINCIPALES RESULTADOS



DEFINICIÓN DE VIOLENCIA EN EL ACCESO AL ABORTO

A partir de las entrevistas realizadas a quienes acompañaron algunas de las interrupciones legales del embarazo para este estudio, fuimos construyendo una respuesta colectiva a la pregunta: **¿Qué entendemos por violencia en el acceso a una interrupción del embarazo?**

Tanto en la construcción de indicadores como en las entrevistas, el universo que se abrió fue amplio: se entiende como violencia en el acceso al aborto todas aquellas prácticas, comentarios y/o situaciones presentes en la atención en salud que entorpecen o impiden el acceso a este derecho.

“Lo que entiendo es trabas, obstáculos, negaciones, violencias verbales, psicológicas y hasta físicas que reciben las personas gestantes al querer recibir información, al querer acceder a un derecho.” (V - RED Mendoza)

“Creo que es cualquier situación de vulneración de derechos hacia la persona que está solicitando la interrupción del embarazo. Se da en distintos planos esa violencia, no es solamente explícita, por decirlo de algún modo. También hay muchas situaciones donde se ejerce de manera simbólica: en el vínculo que se establece con el profesional, en situaciones de descalificación a la decisión o a los dichos de la mujer. En relación a situaciones, digo sutiles, no porque sean menos graves, sino porque no son tan evidentes, respecto de ese transcurrir institucional.” (R - RED Morón)

Estas violencias no siempre son evidentes. Muchas veces son prácticas que aparecen naturalizadas y/o legitimadas por el discurso médico. Este, además suele estar mediado por una relación de jerarquía frente a quienes acuden a dichas instituciones para su atención, elemento que se profundiza con la falta de información.

“Yo creo que las mujeres y las personas con capacidad de gestar en el ámbito de la salud, tenemos un montón de prácticas naturalizadas. Y no solamente en la ginecología y la obstetricia, en un montón de otras ramas de la medicina o la salud donde la corporalidad se pone en juego. Hay

un montón de prácticas que o no las decimos o las naturalizamos porque debió ser parte de la técnica y te queda ahí un poco picando. Ni hablar de los estudios por imágenes en cualquier parte de nuestro cuerpo.” (L - RED Mendoza)

“Hay un uso y abuso del poder. Una asimetría de poder. Y hay un uso de ese poder superior (...) en todo lo que tiene que ver el acompañamiento en general y con segundo trimestre en particular. En los abortos avanzados y las internaciones en los servicios hospitalarios hay una cuestión de violencia que supongo que podríamos decir psicológica aunque también es en los cuerpos. Cuestiones como las cicatrices de las cesáreas o el hecho de hacerle cesáreas a niñas para hacer un aborto de segundo trimestre (como el caso de Tucumán). Esas son violencias que quedan representadas en el cuerpo, que hay una cuestión simbólica de marcar ese cuerpo.” (J - RED Moreno)

Aparece el poder como un elemento de mediación entre las instituciones médicas y quienes acuden a ellas. Estas asimetrías producto de un saber legitimado son percibidas como la base de las violencias en el acceso a interrupciones del embarazo.

“En primera instancia, lo que se me viene a la mente es la negación de derechos. Obstaculizar un derecho. Después las formas de violencias institucionales por parte de los mismos profesionales, colegas, hasta a veces uno mismo que quizás se cree que no, y sí...” (D - RED Oeste)

“En algunos casos, las formas de garantizar son violentas, manipulan, obligan a las personas a hacer de cierta forma su proceso cuando tiene que ser autónomo y libre. Las enjuician con sus preceptos morales, éticos y religiosos. Entonces bueno para mí la primera gran violencia es estatal, por eso nosotros como funcionarios públicos y funcionarias públicas ejercemos teniendo un gran poder sobre la vida de las personas.” (V - RED Mendoza)

Las violencias de las que daremos cuenta a continuación expresan algunos aspectos del costo subjetivo que padecen las personas que acceden a una interrupción de embarazo, aún en el marco de la legalidad. Consideramos fundamental, explicitar las consecuencias traumáticas que esto tiene, ya que la culpa-

bilización, el juicio, el destrato o maltrato explícito constituyen una pedagogía de la crueldad que deja marcas en los cuerpos y en las subjetividades.

En los siguientes apartados buscaremos cuantificar y analizar cuáles son y cómo se presentan las violencias percibidas por lxs profesionales de la RED en el acceso a la interrupción del embarazo.

ZONA OESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

La regional Zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires de la RED, decidió registrar las interrupciones legales del embarazo que ocurrieran durante el segundo trimestre de gestación. Esta decisión está relacionada con el conocimiento del territorio y sus instituciones, sabiendo que es allí donde se producen las vulneraciones de mayor gravedad que necesitan ser identificadas, tipificadas y cuantificadas.

Esta se encuentra conformada por equipos de salud y organizaciones/grupalidades feministas que articulan y acompañan amorosamente los procesos de IVE/ILE. Surge en el año 2012 ante la necesidad imperiosa -entre otras-

de tejer redes, garantizar prácticas seguras dentro del sistema público de salud, visibilizar las condiciones de acceso y de intervenciones, pensar estrategias que tengan incidencia/impacto en el diseño de políticas públicas.

Con el correr de los años la Regional se fue ampliando con nuevos equipos de 1 y 2 nivel de atención. Actualmente abarca las regiones sanitarias VII, X, y XII; con los siguientes partidos: La Matanza, Hurlingham, Morón, Moreno, Gral. Rodríguez, Luján, Mercedes, Suipacha y Chivilcoy.

Entre las grupalidades feministas se encuentran Rosa Morón, Mujeres al Oeste -MAO, Conurbanas, entre otras.

Al momento de la recolección de datos, la provincia de Buenos Aires adhería a la Resolución 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación (Protocolo ILE) y la Resolución 1/2020 del Ministerio de Salud y Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual para regular su intervención en las interrupciones del embarazo.

1. VIOLENCIAS SOBRE ABORTOS TOTALES

En el período de relevamiento se acompañaron 104 interrupciones por parte de la RED, identificándose violencia en 26 de ellas. De la totalidad de las interrupciones acompañadas correspondientes al segundo trimestre de gestación, en el 25% (Fig. 1) se percibieron situaciones de violencia por parte de diferentes profesionales del sistema de salud. Estos datos resultaron llamativos ante la inicial percepción por parte de lxs profesionales de la RED de que en la mayoría de las interrupciones ocurren situaciones de violencia. Más adelante se ahondará en este tema.

FIGURA 1. VIOLENCIAS SOBRE ABORTOS TOTALES - ZONA OESTE



Elaboración propia OGYPP

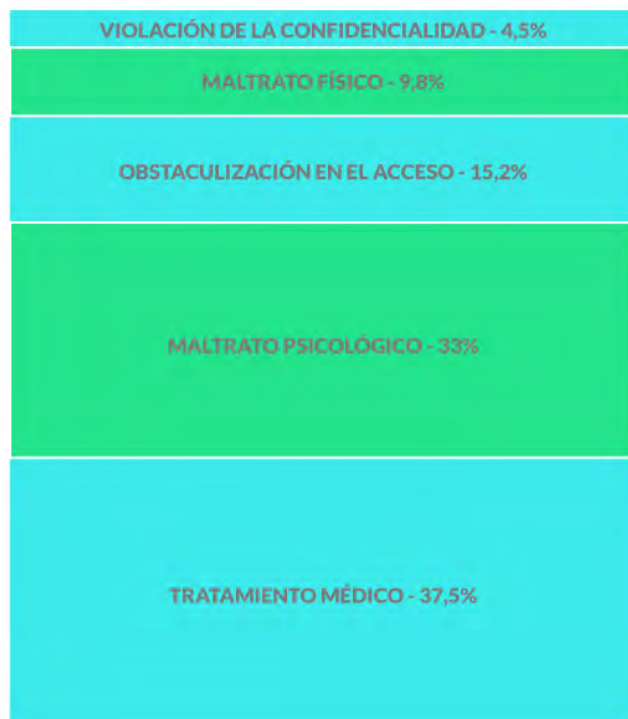
2. VIOLENCIAS IDENTIFICADAS

Partimos de comprender que la violencia “resulta del mandato moral y moralizador de reducir y aprisionar la mujer en su posición subordinada, por todos los medios posibles, recurriendo a la violencia sexual, psicológica y física, o manteniendo la violencia estructural del orden social y económico” (Segato, 2003: 15). En ese sentido, si bien los diferentes tipos de violencia se intersectan, metodológicamente decidimos agrupar las mismas según la forma e instancias en que se manifiestan en el acceso a una interrupción de embarazo.

Se puede observar en la Figura 2 que las violencias más frecuentes fueron las categorizadas como tratamiento médico (37.5%) y maltrato psicológico

(33%), siguiendo la obstaculización en el acceso (15.2%) y el maltrato físico (9.8%). Esto coincide con lo esperado por parte de lxs profesionales a partir de las percepciones reflejadas en los focus group que sirvieron de insumo para la construcción de la herramienta. A continuación se profundizará en cada uno de los tipos de violencia y sus componentes.

FIGURA 2. VIOLENCIAS IDENTIFICADAS - ZONA OESTE



Elaboración propia OGyPP

A. TRATAMIENTO MÉDICO

Dentro de esta categoría incluimos a aquellas vulneraciones vinculadas específicamente al tratamiento médico, sea en lo referido a la falta de indicación de analgesia correspondiente, un uso inadecuado de la misma, la elección de técnicas inadecuadas de acuerdo a lo establecido en los protocolos, y la mala o insuficiente prescripción de medicación (ver anexo).

FIGURA 3. VIOLENCIAS EN EL TRATAMIENTO MÉDICO - ZONA OESTE



Elaboración propia OGyPP

Dentro de esta categoría, las técnicas inadecuadas representan más de un tercio (35.7%) de las violencias percibidas dentro de tratamiento médico. Siguiendo los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud en el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2019: 11) se entiende como "abortos «menos seguros» a los que, aún practicados por un/a profesional calificado, se realizan utilizando un método poco seguro o desaconsejado (como el legrado uterino instrumental)".

"...la práctica del legrado perse es una práctica que tiene que ser desterrada. La OMS dice que el legrado se asemeja a una tortura(...)... es una práctica que debería estar ya en desuso." (R - RED Oeste)

Asimismo, dicho Protocolo sostiene que "En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reem-

plazarlo por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención” (2019: 52). En el siguiente testimonio recogido en la etapa cualitativa podemos observar los impactos de la utilización de estas técnicas en los cuerpos de quienes sufren este tipo de violencia:

“tengo un problema ahora que no sabemos si es hormonal o qué pasó, ya es la tercer ecografía, donde no se ve el ovario, no sé si cuando me hicieron el legrado lo que me sacaron fue un ovario. No sé decirte clínicamente, no sé qué es lo que me sacaron. Es la tercera vez que me hacen una ecografía y no se visualiza un ovario.” (A - Moreno)

Este caso es un ejemplo de las consecuencias que puede tener sobre una persona un tratamiento inadecuado: le realizaron un legrado el cual estuvo mal hecho por lo que el proceso de gestación continuó sin el conocimiento de la persona gestante, quien dos meses después tuvo un aborto espontáneo que implicó un grave riesgo para su salud.

Sobre la realización de dicho legrado, el relato de la entrevistada nos permite observar también la inadecuada utilización de anestesia, ya que la “Guía para el mejoramiento de la atención post aborto del Ministerio de Salud (2005)” al definir al legrado destaca que el procedimiento debe realizarse bajo anestesia general:

“escuchaba todos los comentarios porque estaba adormecida de la cintura para abajo, sentía todos los comentarios de todos, estuve despierta todo el tiempo, más allá de qué hablan en código, yo estaba ahí. Eso me molestó muchísimo y que me hayan tenido cuatro horas ahí.” (A - Moreno)

También se destaca la imposibilidad de elección del tratamiento médico por parte de quien decide interrumpir su embarazo (28.6%), que se le suma a la falta de consentimiento de quien interrumpe para acceder a ciertas intervenciones.

“A mí no me hicieron firmar ningún papel pidiendo autorización para hacerme nada, yo creo que también deberían preguntar si pueden, me parece.” (A - Moreno)

B. MALTRATO PSICOLÓGICO

Esta categoría contempla aquellas acciones que causen daño emocional y pretendan coaccionar las acciones de la persona gestante, perjudicando su salud psicológica y posibilidad de autodeterminación. A partir de esta definición, englobamos en esta categoría tanto comentarios (violentos, culpabilizadores, disciplinadores), situaciones de revictimización, malos tratos y acciones que podrían entenderse como de amedrentamiento y tortura, como por ejemplo, obligar a ver las imágenes o escuchar latidos durante la ecografía, u obligar a la persona a observar el producto de la gestación (ver anexos).

FIGURA 4. MALTRATO PSICOLÓGICO - ZONA OESTE



Elaboración propia OGyPP

Dentro de las violencias enumeradas como maltrato psicológico, las categorías más frecuentes con el 24.3% y el 21.6% son desatención/destrato y comentarios disciplinadores respectivamente. Acerca de la desatención, nos interesa destacar lo señalado por una de las profesionales entrevistadas:

"Generalmente [las mujeres] son objetos de determinadas prácticas pero no media muchas veces una explicación (...) no hablemos de contención emocional (eso ya sería mucho pedir), ni siquiera las mujeres están sabiendo lo que le van a realizar, muchas veces pasan un montón de horas sin que un profesional se acerque a verlas, y sin saber qué viene después. (R - RED Morón)

Podemos observar en los relatos de personas que accedieron a una interrupción la forma en que operan este tipo de violencias:

"Me dijo 'vos sos responsable de lo que haces', después me dijo un montón de cosas que no me acuerdo porque pasó mucho tiempo, me había dicho 'acá por lo que veo hay una mujer responsable esos actos que anda con uno y con otro tipo y se embarazó. Sos una mujer grande, tenés que pensar en tus hijos', me decía cosas así ahora no me acuerdo muy bien. Me dijo un montón de cosas, me hizo quedar re mal porque había un montón de otras mamás ahí que me miraban, me hizo quedar muy mal." (N - Isidro Casanova)

"La ginecóloga que me atendió desde el primer momento me estigmatizó como que lo que yo iba a hacer era una locura. Que la decisión que tenía la tenía que revertir porque era una masacre literal, que me podía dañar yo, que podía morirme de una." (MC - Merlo)

En estos relatos la violencia psicológica funciona de manera disciplinadora ya que busca culpabilizar la elección de quien interrumpe. Los comentarios culpabilizadores de lxs médicxs operan como un dispositivo de control que entorpece el acceso a un derecho y la posibilidad de decidir sobre el propio cuerpo.

"yo porque tenía la decisión ya tomada, pero una persona, si te dicen un montón de cosas que me dijeron caes en cambiar de opinión y eso capaz te afecta como mujer porque te están llevando por un camino que capaz no querés" (MC - Merlo)

"Creo que el objetivo deliberado o solapado de las violencias es justamente eso: generar culpas y estos efectos subjetivos siniestros en quienes quieren sostener una decisión valiéndose de la autonomía, pero bueno, hay un castigo respecto de esa autonomía." (R - RED Oeste)

Esta violencia no solo se configura de manera discursiva, sino también práctica. Dos indicadores que dan cuenta de ello presentes en los testimonios de las entrevistas: 1. Obligar a la persona en proceso de aborto a compartir habitación con una persona en trabajo de parto, o con puerpera; 2. Obligar a escuchar los latidos y ver imágenes de la ecografía.

"A mí me encantan los chicos, pero haber compartido con las mamás con sus bebés y te preguntan 'y vos porque estás acá?' Esa mirada es como muy discriminante, como juzgadora. Aparte de compartir con otros bebés ahí y yo estar haciendo lo que estaba haciendo, me sentía re-mal. Me sentí con mucho bajón. Yo estaba haciendo algo que nunca lo había pensado y tener que hacerlo, fue doloroso" (G- Moreno)

"Lo que me pareció muy invasivo es el tema de las ecografías. Es como que te obligan a ver algo que capaz que no querías. Te acostabas y en los lugares que fui que fueron privados te acostabas y tenés una pantalla enorme, yo no quería ver nada." (MC- Merlo)

Cabe destacar que el Protocolo ILE (2019) en su apartado sobre ecografía destaca expresamente que al momento de realizar dicho estudio "se deberá explicar a la usuaria su derecho a solicitar no ver las imágenes ni escuchar los sonidos. En caso de realizarse la ecografía, solo se compartirán con la persona la imagen o el sonido de los latidos si ella lo solicita expresamente. Si no lo hace, es de suma importancia tomar los recaudos necesarios para que aquello no suceda." (pág. 38).

C. OBSTACULIZACIÓN EN EL ACCESO

Entendemos como obstaculizaciones en el acceso a las diferentes barreras que dilatan la concreción de la decisión de interrupción ya tomada por la persona gestante; pueden ser de carácter administrativo, burocrático

y geográfico que abarca desde la solicitud de estudios innecesarios hasta la interrupción, negarse a brindar información o el intento de convencer a quien solicita una interrupción que cambie su decisión cuando asiste a consejerías en servicio de gineco-obstetricia.

Producto de estas barreras, presentes en el 15,2% de los casos registrados, es que a la hora de concretar la decisión de interrumpir un embarazo, las personas gestantes empiezan un recorrido por varias instituciones médicas hasta dar con una que pueda atender su necesidad, ya que por diferentes motivos no todas lo hacen.

"Y después llegué al [Hospital] de Morón, incluso pregunté porque en el Hospital de Merlo no te ayudan. Pedí turno y me lo dieron inmediatamente y ellos intentaron que (...) el Hospital me diera asistencia, que me dieran acompañamiento. No se pudo, no se logró, porque sino tenés domicilio ahí, fuiste. (...) Fui al Htal del Malvinas y tampoco, ni siquiera. Que no, que ellos no tenían camas, que la medicación tardaba un montón en llegar." (C - Oeste)

"Y eso yo lo leo como una violencia muy grande el hecho de dilatar la cantidad de semanas cuando una persona ya tomó la decisión de interrumpir. (J - Oeste)

Asimismo, esas dilaciones pueden suceder en una misma institución de salud que no respeta los plazos de intervención previstos en el Protocolo ILE, el cual se rige a partir de los principios de celeridad/rapidez:

"A nivel municipal por falta de equipos las mujeres boyan por todos lados. Si accede al lugar donde la van a poder recibir, hay dilación en la atención, malas indicaciones, negación del turno para la ecografía, turnos de 20 días o hasta un mes. [...] Y después si lográs una internación, por ahí pasa 3 o 4 días internada para hacer una interrupción porque la guardia siguiente no va a seguir ese tratamiento. Queda internada para una interrupción evacuación y termina con un legrado cuando se podría haber hecho una AMEU." (D - RED Oeste)

Finalmente, destacamos que el acompañamiento de la RED y de grupales feministas es fundamental para guiar el recorrido frente a estas barreras:

"En concreto te puedo decir que hoy atendí a una joven de 15 años de 12 semanas que ya viene 'boyando' hace un mes, para acceder a una ILE. Boyando por otras instituciones, llegando al hospital con 12 semanas y 15 años donde vos das la sugerencia que quizás sea mejor la técnica con internación y porque la joven que así lo desea y sucede todo lo contrario. Igualmente la seguí acompañando desde el celular, porque les doy mi celular personal a todas. Porque te dicen 'el médico me dijo esto, en la ventanilla no me atendieron, me dijeron que venga y me cambiaron el turno...' es un trabajo de cuerpo total." (D - RED Oeste)

D. MALTRATO FÍSICO

Basándonos en la definición de violencia física de ley 26.485, se construyó esta categoría incluyendo aquellas acciones infringidas contra el cuerpo de la persona gestante produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física. En el caso de las interrupciones de embarazo que estamos analizando, entendemos que este tipo de violencias se manifiestan a partir de hechos como la indicación de acciones innecesarias (como ayunos previos a los procedimientos aunque no lo requieran), tratos bruscos (como ataduras a la cama) o acciones de negligencia (como demoras en la atención ante situaciones de urgencia).

A continuación destacamos algunos relatos que dan cuenta de este tipo de violencia que, como señalamos anteriormente, afectó al 9,8% de las personas gestantes de la muestra:

"Desde el momento en el que fui, en el sentido de que 'vení, esperá' y tenés que esperar hasta lo último, más allá de que haya llegado antes, como que lo tuyo no importa. Primero. En eso una persona se siente manoseada. Después en el momento que me internan, que me dan el turno para la internación, me hacen ir a la mañana temprano y después me dicen que no, que al mediodía. Después me dicen que me iban a ingresar, me tuvieron todo el día sin comer y me dijeron: no, no te vamos a operar, mañana." (GA - Moreno)

"Yo no me podía ni mantener en pie y querían que me pase sola la camilla. Y encima me levantaban en la voz diciéndome que me tranquilizara, y

yo les decía que no podía caminar si me podían ayudar. Querían que me baje de la camilla esa y me pasé a la mesa sola, y yo le decía no puedo caminar, no me puedo mover, me puedes ayudar y me decían "DALE, PÁSATE, PÁSATE, NENA" (GA - Moreno)

Finalmente, queremos incorporar ciertas intersecciones que aparecieron en las entrevistas que complejizan el análisis de las violencias:

"Me parece que hay una cuestión ligada a la clase social y al género (...) No es lo mismo la piba que tiene OSDE 210 y recibe un tratamiento, que seguramente también esté atravesado por algunas violencias pero no serán las violencias brutales de las que estamos hablando" (R - RED Morón).

"Por ser más pobres o por venir de otras provincias u otros países una diferencia quizás como en el trato en relación a la información que se les da o esto de pasar por encima lo que ella puede saber sobre su propio cuerpo o sobre sus propios métodos anticonceptivos, como si esa persona no tuviera la información realmente sobre cómo poder prevenir un embarazo." (J - Rosa Oeste).

La clase social y el país de procedencia son variables que profundizan estas violencias.

3. INSTITUCIONES DESTACADAS EN EL EJERCICIO DE LA VIOLENCIA.

En el caso de esta regional, interesó registrar si las violencias percibidas ocurrían en el efector que la registraba o en otro, partiendo del conocimiento de que la mayoría de las violencias ocurrían en el segundo nivel de atención y la mayor parte de quienes registraban las violencias trabajan en el primer nivel, como destaca una integrante de la RED:

"Hay una brecha entre el trabajo de acompañamiento que hacen los equipos de atención primaria de la salud, que vienen con toda una trayectoria de abordaje interdisciplinario y un acompañamiento cercano de esas situaciones. La llegada al hospital produce un quiebre donde la persona no sabe ni con quién habló, quién la atendió." (R - RED Morón)

En la Fig 5 se muestran los resultados a los que se arribó, corroborando la idea previa ya que el 71% de las violencias no ocurrieron en el efector que está registrando la violencia. Ese 29% también es un insumo para indagar en las prácticas dentro de los efectores garantes de derechos, que aún siéndolo, no están exentos de prácticas que incurren en violencias sobre las personas gestantes que deciden interrumpir sus embarazos.

FIGURA 5. REGISTRO DE VIOLENCIA POR EFECTOR- ZONA OESTE



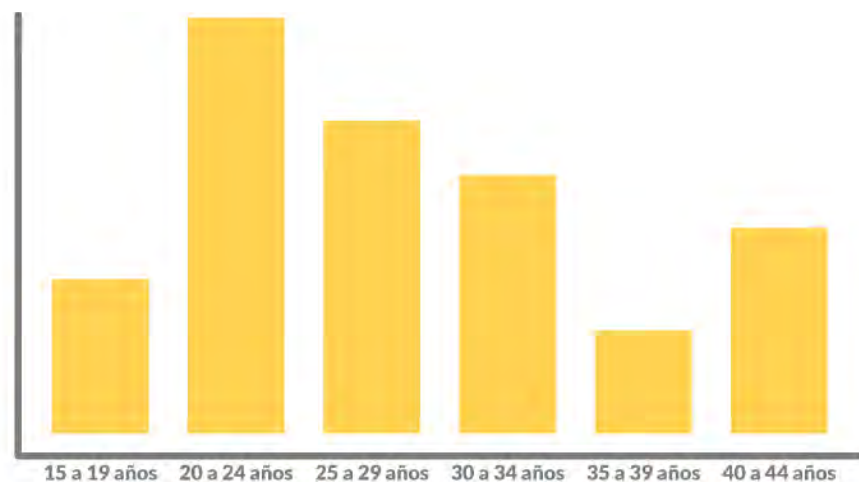
Elaboración propia OGyPP

4. Características de la muestra

A. CANTIDAD DE ABORTOS SEGÚN FRANJA ETARIA

El rango de edades en el que se registraron la mayoría de las interrupciones con violencias percibidas, fue entre los 20 y 24 años (28.6%), seguido por la franja que comprende de 25 a 29 años (21.4%). Alrededor del 50% de las interrupciones con violencias registradas se concentran en las personas gestantes entre 20 y 29 años.

FIGURA 6. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.
EDAD - ZONA OESTE

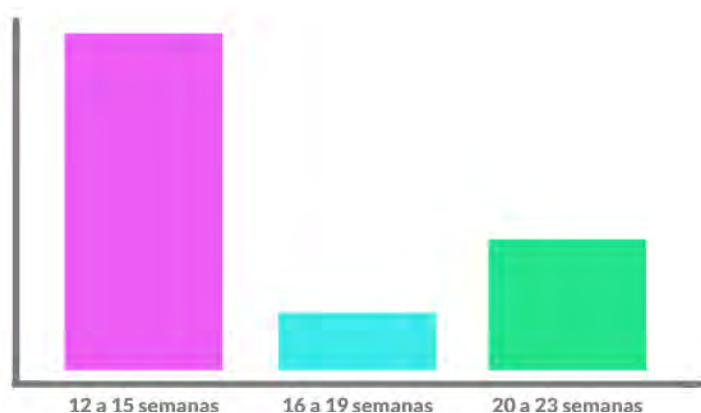


Elaboración propia OGYPP

B. SEMANAS DE GESTACIÓN

En la muestra, la mayor parte de las interrupciones en las que se percibieron situaciones de violencia fueron entre las semanas 12 y 15.

FIGURA 7. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.
SEMANAS DE GESTACIÓN - ZONA OESTE



Elaboración propia OGYPP

C. EFECTORES DE SALUD

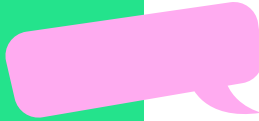
En sintonía con lo que se mencionó anteriormente, la mayoría de los casos reportados se registraron en el segundo nivel de atención con la siguiente distribución de frecuencias

FIGURA 8. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.
EFECTOR - ZONA OESTE



Elaboración propia OGYPP

Cabe aclarar que estos datos refieren a la muestra no siendo representativos de la totalidad de las interrupciones.



MENDOZA

La regional Mendoza de la RED registró las violencias ocurridas tanto en las interrupciones del primer como el segundo trimestre de los embarazos. El relevamiento fue llevado adelante por integrantes de la RED y por la Organización “Casa de la Mujer”, grupalidad feminista que acompaña abortos.

La realidad en esta provincia es muy diferente a lo que ocurre en Buenos Aires. Al momento en que se llevó a cabo el relevamiento, la venta de mifepristol en farmacias no era legal por lo que solo se podía acceder al mismo a través de los efectores de salud. Dichas restricciones fueron erradicadas en febrero de este año.

Sobre los canales de acceso a un aborto, en Mendoza se encuentra centralizado por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSyR) de Mendoza, que recibe los casos desde el 0-800 de Nación y los deriva a las referentes de cada Departamento.

“Hace un tiempo atrás que todo ingresa a través del 0800 de Nación, que deriva el mail a las provincias y cuándo llega al programa de Mendoza se deriva a la referente de cada departamento.” (L - RED Mendoza)

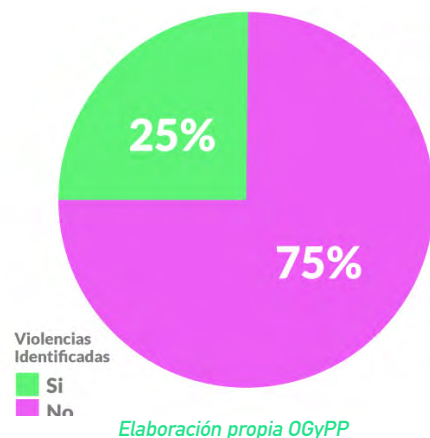
Al momento de la realización del relevamiento, la provincia de Mendoza contaba con una guía técnica para la atención de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2018) para regular las intervenciones. Asimismo, la Resolución 191/2019 de la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) aprobó el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Ambos serán utilizados en el análisis.



1. VIOLENCIAS SOBRE ABORTOS TOTALES

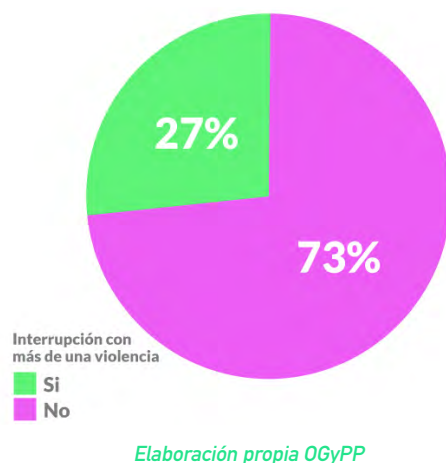
Durante el período analizado, se acompañaron desde la RED un total de 59 interrupciones, donde en una de cada cuatro se identificaron situaciones de violencia. Similar a lo registrado en la zona oeste de la PBA.

FIGURA 9. VIOLENCIAS SOBRE ABORTOS TOTALES - MENDOZA



De esas interrupciones con violencias, el 27% de las personas sufrieron más de una situación de violencia a lo largo de la interrupción.

FIGURA 10. INTERRUPCIONES CON VIOLENCIAS MÚLTIPLES - MENDOZA



2. VIOLENCIAS IDENTIFICADAS

Al analizar los tipos de violencias percibidas, casi la totalidad se dividen entre la obstaculización en el acceso al derecho a la interrupción del embarazo y el maltrato psicológico.

FIGURA 11. VIOLENCIAS IDENTIFICADAS - MENDOZA



A. OBSTACULIZACIÓN EN EL ACCESO

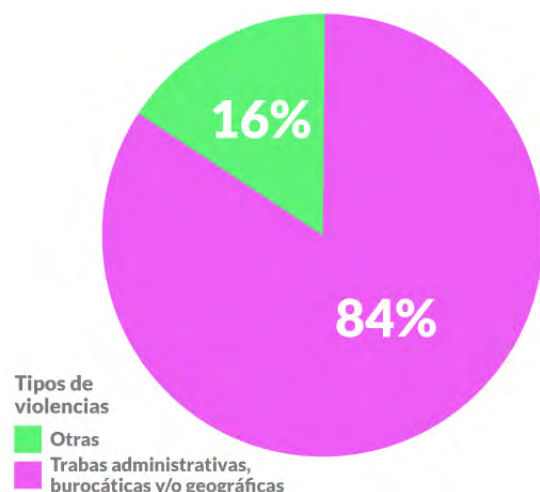
Entendemos como obstaculizaciones a las diferentes barreras que dilatan la concreción de la decisión de interrupción ya tomada por la persona gestante. Estas trabas pueden ser administrativas, burocráticas y geográficas que van desde la solicitud de estudios innecesarios con el simple hecho de demorar la interrupción, negarse a brindar información hasta la obligatoriedad de asistencia a consejerías en servicio de gineco-obstetricia a personas que solicitan una interrupción del embarazo para convencerlas de que no realicen la interrupción.

Al analizar la obstaculización en el acceso, casi la totalidad (un 84%) estaban relacionadas con barreras administrativas, burocráticas y/o geográficas a la hora de la interrupción del embarazo.

"vino una muchacha con una orden de una obstetra para pedir turno para una ecografía y análisis, y la chica de la recepción le dijo que recién en una semana podía venir a pedir un turno. Desde entrada la flaca ni se preocupó en ir y preguntar cómo estaba la situación, de qué hacer y qué resolver. Por eso la capacitación y la formación es fundamental, al menos conocer para no obstaculizar." (L - RED Mendoza)

Esto sucede aún cuando el Protocolo ILE establece que la realización de la ILE debe hacerse lo antes posible, en no más de 10 días según la decisión que tome la persona y advierte que "Las demoras innecesarias, el brindar información falsa o negarse a llevar a cabo el tratamiento constituyen actos que pueden ser sancionados administrativa, civil y/o penalmente." (p. 28)

FIGURA 12. OBSTACULIZACIÓN EN EL ACCESO - MENDOZA



Elaboración propia OGYPP

Es importante en relación a la regional Mendoza, destacar que el 84 % de las violencias identificadas tienen que ver con la obstaculización en el acceso a la ILE.

Parte de los factores que influyen negativamente para ese acceso se encuentra relacionado con las distancias geográficas.

Existen dificultades para acceder al derecho a la salud en general en las zonas rurales y en particular las personas en situación de aborto encuentran dilaciones tanto para acceder a la atención con un/a profesional que garantice el derecho, como para realizar los estudios médicos previos (ecografías y análisis de sangre como requisitos mínimos que se solicitan según el protocolo provincial) poniendo en riesgo su salud integral.

Para realizarse una ecografía por el sistema público en el departamento de Lavalle deben trasladarse al Hospital Sicoli situado en la villa cabecera departamental, siendo el único efector público en realizar dicha práctica. Las distancias que existen dentro de ese departamento pueden llegar a más de 100 km, siendo regiones que se encuentran sin servicios públicos de transporte.

B. MALTRATO PSICOLÓGICO

En esta categoría contemplamos aquellas acciones que causen daño emocional y pretenda coaccionar las acciones de la persona gestante, perjudicando su salud psicológica y posibilidad de autodeterminación. A partir de esta definición, englobamos en esta categoría tanto comentarios (violentos, culpabilizadores, disciplinadores), situaciones de revictimización, malos tratos (entre otros) como acciones que podrían entenderse como de amedrentamiento y tortura, tales como obligar a escuchar los latidos, ver imágenes de la ecografía u obligar a la persona a observar el producto de la gestación.

Dentro del maltrato psicológico, la categoría con más ocurrencias fue “desatención/destrato”:

“las mujeres van con la confianza que va a haber un equipo que te va a acompañar y se encuentran con una médica, con una psicóloga, una obstetra que las empieza a violentar y juzgar, le empiezan a decir: “bueno pero vos también te la buscaste”, “a mi me parece atroz lo que estás haciendo”.” (V - RED Mendoza)

“Acá en Mendoza en el segundo trimestre se hace una dilatación con miso y luego un legrado a toda población que esté en segundo trimestre, y hemos acompañado a personas que le han traído el producto de la gestación y le han dicho “mirá, esto es lo que expulsaste ¿le querés poner un nombre?”.” (L - RED mendoza)

Seguida a esta, aparece la exposición durante la ecografía a escuchar latidos o ver imágenes del embrión/feto. Podemos encontrar una continuidad con la percepción de las profesionales de la RED que fueron entrevistadas:

“con las ecografías es aberrante lo que hacen, hacerlas escuchar y hacerlas ver.” (L - RED Mendoza)

“Ni hablar de las cuestiones que nos cruzamos cotidianamente de los estudios, la cantidad de estudios que se piden innecesarios y las ecografías donde no se respeta el pedido de no ver y no escuchar.” (V - RED Mendoza)

Se perciben en estos relatos violencias que operan de manera disciplinadora sobre los cuerpos y vidas de las personas que deciden interrumpir un embarazo. Estas prácticas relatadas y registradas no se

corresponden con lo establecido en la Guía técnica para la atención de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, la cual establece que el equipo tratante “Recibirá a la persona y brindará consejería en opciones, en forma clara, sencilla, científicamente validada y respondiendo todas las dudas que se generen en este espacio respecto de la práctica, sin anteponer juicios de valor, ni subjetividades tratando de no revictimizar a la persona.” (2005: 13)

Al preguntarles a las entrevistadas por los efectos de estas prácticas sus respuestas dan cuenta de ello:

“Puede generar múltiples consecuencias, angustia y malestar seguro, algunas veces sanamente enojo y lo pueden decir (que son las menos) y después puede hasta bloquear la continuidad el pedido de la práctica, hay mujeres que se van. Acá hay una ginecóloga en el centro de salud donde laburo, que a una mujer yo acompañé casi con 21 semanas cuando estaba empezando todo esto de la ILE que tuvieron que intervenir las abogadas y demás, pero a las 16 semanas había ido a una ginecóloga que le había hecho una eco y le había dicho “ponete feliz porque tenes otra bendición y ya no tenemos nada que hacer”. (L - RED Mendoza)

“Es miedo, paralización, desconfianza en el Sistema de Salud, empezar a no querer tener espacios de cuidado o de autocuidado porque no quieren volver al sistema porque no saben lo que puede pasar. Pero lo principal es el miedo y la paralización que empieza a aparecer.” (V - RED Mendoza)

Las consecuencias son de alta gravedad ya que van desde la expulsión y falta de confianza en el sistema público de salud, hasta tener que llevar a término un embarazo no deseado.

FIGURA 13. MALTRATO PSICOLÓGICO - MENDOZA



Elaboración propia OGYPP

C. TRATAMIENTO MÉDICO

Dentro de esta categoría incluimos a aquellas vulneraciones vinculadas específicamente al tratamiento médico, sea en lo referido a la falta de indicación de analgesia correspondiente, un uso inadecuado de la anestesia, la mala o insuficiente prescripción de medicación y la elección de técnicas inadecuadas de acuerdo a lo establecido en los protocolos (ver anexos).

Del total de casos registrados, sólo el 5% registraron violencias en el tratamiento médico. Lo registrado coincide con lo que aparece en las entrevistas a profesionales de la red donde nombran la utilización del legrado como procedimiento recurrente en la provincia:

"Si caen al hospital público por ejemplo, al Lagomaggiore en general terminan con legrado, no te digo el 100% pero la mayoría terminan con legrado, es más el esquema de dar el medicamento la forma de darlo ahora es distinto creo que lo hemos averiguado y siempre termina con legrado. Cuando no hay homogeneización de un protocolo y una forma de laburo entonces hay equipos que laburan mal" (V - RED Mendoza)

"Acá en Mendoza en el segundo trimestre se hace una dilatación con miso y luego un legrado a toda población que esté en segundo trimestre" (L - RED Mendoza)

Cabe destacar que el Protocolo ILE sostiene que "En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarlo por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención." (2019: 52) Esto marca la urgencia de reemplazarlo por técnicas más seguras.

Finalmente, queremos incorporar ciertas intersecciones que aparecieron en las entrevistas que complejizan el análisis de las violencias.

"Yo trabajo en un centro de salud donde muchas de las mujeres que concurren, son mujeres que trabajan en el cultivo y la cosecha, y muchas no hablan ni siquiera español. La nacionalidad también, muchas mujeres de aquí son bolivianas o peruanas, y entonces "no entienden". Muchas veces las mandan con la medicación y bueno que se arreglen. O directamente ante la mínima situación de maltrato "esto va a ser difícil". No hay posibilidad de pregunta, de intercambio. Siguen siendo las mujeres y personas con capacidad de gestar más vulneradas definitivamente. Ser pobre y extranjera acá, al menos, sigue siendo algo muy marcado." (L - RED MZA)

"Acá hay mucha población boliviana, mayor cantidad de comunidades bolivianas que hay en Latinoamérica está en Mendoza. Primero que accedan a una interrupción es súper fuerte, las han acompañado sus parejas. Después por la forma en la que hablan y cómo están vestidas las "califican" desde que entran al hospital y cuando no entienden el nombre de la práctica o algo así los de administración les hacen preguntas innecesarias, como si saben a qué vienen y eso no se lo hacen a cualquier persona." (V - RED MZA)

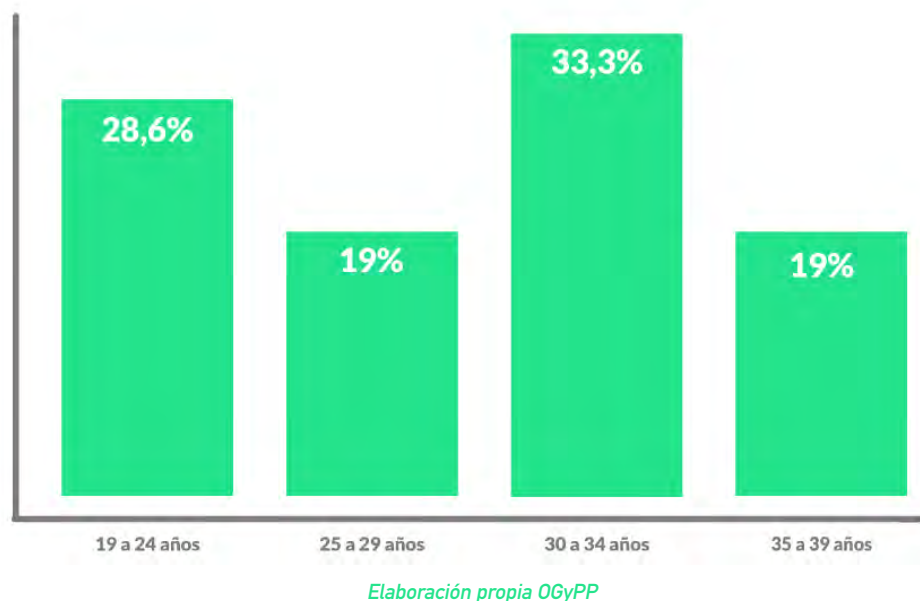
Como aparece en los testimonios, la violencia obstétrica que se rige por cuestiones de género se ve agravada cuando se entrecruza con la variable de clase y etnia, sobretudo en mujeres migrantes.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

A. CANTIDAD DE ABORTOS SEGÚN FRANJA ETARIA

El rango de edades en el que se registraron la mayoría de las interrupciones con violencias percibidas, fue entre los 30 a 34 años con un 33.3%, seguido por el rango de 19 a 24 años con el 28.6%.

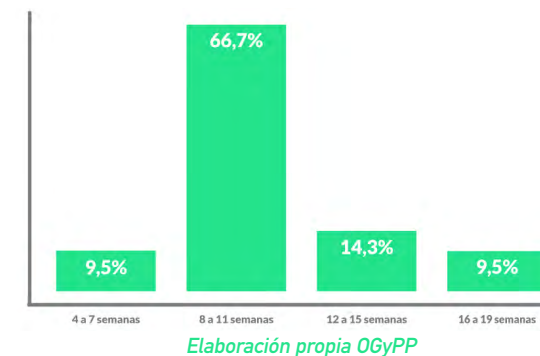
FIGURA 14. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. EDAD- MENDOZA



B. SEMANAS DE GESTACIÓN

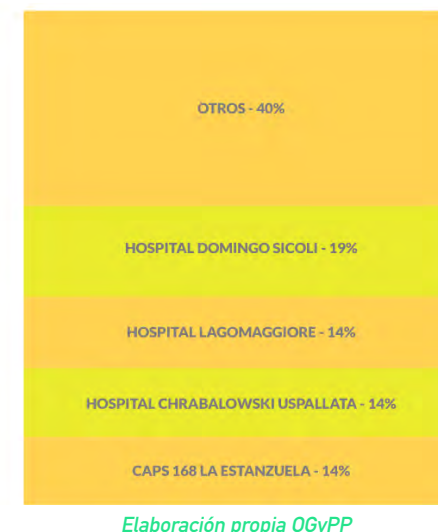
En lo que respecta a semanas de gestación, la mayoría de las interrupciones en las que se registraron violencias sucedieron entre la semana 8 y 11.

FIGURA 15. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. SEMANAS DE GESTACIÓN - MENDOZA

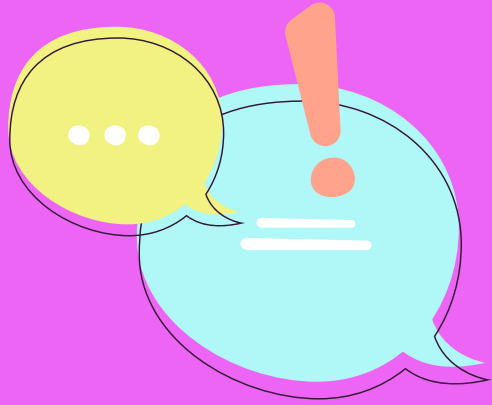


C. EFECTORES DE SALUD

FIGURA 16. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. EFECTORES - MENDOZA



Cabe aclarar que estos datos refieren a la muestra no siendo representativos de la totalidad de las interrupciones.



CONCLUSIONES PRELIMINARES

Este trabajo tuvo como objetivo medir las violencias presentes en el acceso al aborto en la zona oeste de la Provincia de Buenos Aires y en la Provincia de Mendoza.

En su momento inicial, se logró esbozar una categorización para luego cuantificar cuáles son las violencias más frecuentes a las que se encuentran expuestas las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos. Sumado a los aportes de las entrevistas, se evidenciaron algunas realidades parciales de cada territorio. Como ya se mencionó, este estudio no es representativo de esas realidades y se pudo llevar adelante por la decisión de la RED de comenzar a generar datos sobre esas vulneraciones de derechos que perciben en forma cotidiana pero que son difíciles de medir. En esa línea es que proponemos contextualizar los resultados que aquí se presentaron.

Hablamos de mujeres porque si bien el estudio se propuso ampliar esta categoría, sólo se registró un acompañamiento con violencias en la interrupción del embarazo a una persona que no se autopercibía como mujer. Esto nos plantea como desafío articular con organizaciones que acompañan a lesbianas, varones trans y personas no binarias para comprender qué estrategias se dan a la hora de interrumpir sus embarazos, fundamentalmente, para identificar si es que hay obstáculos específicos en el acceso para pensar políticas públicas que garanticen derechos para todxs.

Este trabajo buscó en sus orígenes identificar violencias en el acceso a la ILE, con la esperanza de que este relevamiento -limitado pero realizado desde la amorosa y comprometida militancia de les integrantes de la RED- pudiera aportar datos para pensar políticas públicas situadas en cada territorio una vez que el aborto sea ley. Hoy contamos con una legislación que garantiza el derecho al aborto voluntario, un gran avance para las personas gestantes y para la sociedad igualitaria que construimos y deseamos. Es por eso que esperamos que esta investigación permita echar luz sobre cómo esas interrupciones se llevan adelante.

En función de lo registrado, un cuarto de los acompañamientos que realizó la RED enfrentan violencias en diferentes instancias del sistema de salud. Estas violencias, además de reproducir y reificar un sistema misógino, tiene efectos disciplinadores sobre aquellas personas que deciden sobre su cuerpo en fun-

ción de sus deseos y/o posibilidades. Vemos en los relatos en primera persona lo dificultoso que es para muchas dar con profesionales garantes de derechos que no cuestionen su decisión, que transmitan toda la información necesaria y que no presupongan el deseo de maternar. Estas violencias se ven reforzadas cuando la persona que decide interrumpir además cuenta con bajos recursos y es migrante.

Los resultados evidencian la necesidad de formar y capacitar a los efectores de salud que deben garantizar los abortos, principalmente en el segundo nivel de atención. Estas capacitaciones deben alcanzar a todo el personal: administrativo, de enfermería, técnicos, de obstetricia, de diagnóstico por imágenes, de psicología, de trabajo social y mediques. Las violencias fueron registradas en diferentes momentos de la atención por lo que los actores que intervienen son heterogéneos. Estas capacitaciones deben, además, suplir la falta de formación en la temática en las instancias previas de formación (tecnicatura, grado, etc) y buscar promoverlas también en esos espacios. En ese sentido, la RED ha realizado Cátedras Libres en diferentes Universidades, en conjunto con la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito.

Asimismo, resultaría pertinente la realización de auditorías y seguimientos de la calidad de la práctica. El análisis de causa raíz puede ser una práctica pertinente para conocer dónde y por qué suceden las violencias para buscar revertir estos malos procedimientos. Es en esta línea que se pensaron las categorías de violencias para aportar a un conocimiento en profundidad de las prácticas que se llevan adelante.



Otro elemento a tener en cuenta a la hora de pensar la calidad de la práctica es la falta de adecuación que existe de hecho a lo establecido en los Protocolos Nacionales. Un ejemplo de ello es la reiteración del Legrado como práctica frecuente. Además de la adecuación a los Protocolos, se vuelve urgente que las instituciones de salud -fundamentalmente donde se realizan abortos de segundo trimestre- cuenten con equipos capacitados e insumos para la realización de aspiración manual endouterina (AMEU).

Luego de haber realizado el presente trabajo, consideramos fundamental el fortalecimiento de las redes que articulan el territorio con los servicios de salud, de manera de posibilitar que la trayectoria de las personas que abortan sea cada día con menos barreras. Asimismo, contar con información certera sobre las vulneraciones de derechos en relación al acceso al aborto es sumamente importante para mejorar la atención en salud. Es por eso que tomamos como desafío, a partir de las categorías diseñadas, la posibilidad de ampliar el universo de análisis para acceder a datos de la calidad de las interrupciones a lo largo del país.

Este informe da cuenta del modo en que se desarrollaron las ILEs a finales de 2020 y describe en qué condiciones y bajo qué parámetros de violencia se ejercieron. Si previamente a la sanción de la ley nos organizamos para garantizar Interrupciones Legales del Embarazo, legitimar el armado de los equipos y la institucionalidad de las prácticas, hoy la nueva ley de IVE nos encuentra para disputar la calidad de la atención de las mismas: libre de violencias, respetuosas, amorosas, sororas y en el marco de los derechos humanos.



ANEXO I

Guía para completar el formulario

¿QUÉ BUSCAMOS OBSERVAR?

Situaciones de violencia que se producen dentro del sistema de salud relacionadas a interrupciones del embarazo en Mendoza y zona Oeste PBA.

¿CÓMO LO HAREMOS?

A través de un formulario autoadministrado.

¿QUIÉNES DEBEN COMPLETARLO?

Mendoza: Red + Malonas + Otredad + Hermanadas + La Colectiva + La casa de la mujer. Zona Oeste PBA: Red + Rosa Oeste.

Cada persona que completa el formulario deberá registrar su identidad a través del siguiente código. CÓDIGO: 12 caracteres: 4 alfabéticos correspondientes a las 2 primeras letras del primer nombre y 2 primeras letras del primer apellido y 8 numéricos correspondientes a la fecha de nacimiento. Ejemplo: AABDDMMAAAA

¿CUÁNDO DEBEMOS COMPLETARLO?

Cada vez que se identifica una violencia ejercida por el sistema de salud. En aquellos casos que acompañemos a una misma persona en diferentes momentos, podemos cargar el formulario más de una vez ya que el código remitirá la información a la misma persona.

El código de carga será el mismo que utilizamos para el registro de la persona que completa el formulario.

CÓDIGO: 12 caracteres: 4 alfabéticos correspondientes a las 2 primeras letras del primer nombre y 2 primeras letras del primer apellido y 8 numéricos correspondientes a la fecha de nacimiento. Ejemplo: AABDDMMAAAA

En caso de no poder cargar el formulario cada vez que advertimos violencia y lo cargamos al nal del acompañamiento tenemos que tener en cuenta lo siguiente:

En cada carga solo se podrán informar las violencias ejercidas en una única institución del sistema de salud. Si la persona gestante sufriera violencia en diferentes instituciones, se deberá realizar una carga por cada institución.

¿CÓMO OBSERVAMOS LAS VIOLENCIAS?

Elaboramos esta guía para construir parámetros comunes a la hora de realizar el presente relevamiento.

GUÍA DE DEFINICIÓN DE INDICADORES

Esta guía busca ejemplificar qué situaciones son parte de cada uno de los indicadores presentes en el formulario a completar. De no estar contemplado en la misma, existe la opción "otros" para poder describir la situación. Recomendamos fuertemente no hacer uso de ese campo a menos que sea realmente necesario.

ATENCIÓN:

El campo OTROS sólo debe utilizarse cuando la violencia identificada no encuadre dentro de las categorías propuestas. No para aclarar o detallar las situaciones particulares.

TRATAMIENTO MÉDICO:

● Falta o inadecuado tratamiento del dolor:

- Que le hayan realizado un legrado sin anestesia.
- No indicar analgesia (ibuprofeno o tramadol en aborto ambulatorio).
 - Indicar ibuprofeno o tramadol en bajas dosis en aborto ambulatorio.
 - No colocar anestesia local en AMEU.
 - Que la única opción sea la anestesia total en procedimientos de AMEU.

- No dar tratamiento suficiente para el dolor en interrupciones de 2do trimestre ya sea vía oral o endovenosa según lo necesario.

- No indicar más analgesia ante la manifestación de dolor y la queja (demanda).

- No tener en cuenta la evaluación de la escala del dolor de la OMS (Se puede preguntar a la mujer sobre el dolor sentido de 1 a 10 y a partir de eso evaluar el esquema analgésico adecuado o inadecuado).

- Imposibilidad de elección del tratamiento.

- No poder elegir, por no disponer de los recursos.

- No poder elegir en función de la comodidad de los equipos que atienden.

- Técnicas inadecuadas (raspajes/legrados)

- Realizar legrado en postaborto.

- Realizar legrado en vez de AMEU en cualquier ocasión.

- Realizar legrado/raspaje luego del AMEU.

- Mala indicación de la medicación.

- Intervalos inadecuados entre la colocación de cada dosis de misoprostol: espera de más de 12 hs inclusive.

- Colocación restrictiva en función de los días por guardia de profesionales de salud.

- Indicar la medicación por vías incorrectas: indicar combinación de vías (ej: 2 vaginal y 2 sublingual).

- Indicar el tratamiento incompleto. (Entendemos como tratamiento completo 12 comprimidos de misoprostol como mínimo para primer trimestre).

● Maltrato físico:

- Desnudos innecesarios.

- Ataduras a la cama.

- Ayunos innecesarios: indicar ayuno durante cualquier procedimiento aunque no requiera anestesia.

- Internaciones innecesarias.

- Demoras en la atención ante situaciones de urgencia.

- Tactos bruscos y/o innecesarios.

● Imposición de método anticonceptivo postaborto: colocación de DIU o implante sin consentimiento o asesoramiento adecuado. Indicación de cualquier método anticonceptivo sin asesoramiento adecuado que le permita elegirlo en ese u otro momento.

● **Maltrato psicológico:**

- Comentarios violentos/ culpabilizadores/ disciplinadores:

- Cualquier palabra o frase despectiva.

● Referirse al producto de la gestación como bebé o hijo/a, o a la persona embarazada como mamá/ mami/ mamita.

● “Si te gustó, ahora bancatela”, “eso te pasa por abrir las piernas”, “lo hubieras pensado dos veces”, “yo no te pienso tocar por tener el pañuelito verde”, “vas a tener que esperar a que cambie la guardia y que te atiendan el lunes”, “nadie te atiende porque no estamos de acuerdo con lo que estás haciendo”, “¿vos sabés que esto es matar una vida, ¿no?”, “nosotros nos formamos para salvar vidas, no para quitarlas”, “nadie te dijo que abortar duele” “miralo, este es tu bebé”.

● Imposibilidad de acompañamiento de una persona de su elección durante la internación.

- Revictimización:

- En situaciones de violencia, volver a evaluar la situación.

● En situaciones de articulación entre el primer y el segundo nivel de atención; que el segundo nivel vuelva a entrevistar y reevaluar a la persona sin tener en cuenta la evaluación del equipo del primer nivel.

- En contexto de guardia o internación: entrevistas incisivas repetitivas.

- Obligar a escuchar los latidos y ver imágenes de la ecografía.

- Obligar a la persona a observar o “vincularse” con el producto de la gestación.

- Desatención/Destrato:

- Ignorarlx.

- No explicar el procedimiento y el tiempo de internación.

- No dar lugar a evacuar dudas/consultas por parte de la persona internada.

- Amedrentamiento:

- Brindar información falsa o tendenciosa sobre el tratamiento.

● Enfatizar o exagerar los riesgos del mismo o el avance de la edad gestacional para desalentar la decisión de la persona. Ej. “ya es muy grande, está todo formado, ¿estás segura de lo que vas a hacer?”, “con esto pones en riesgo tu vida”.

● Obligar a la persona en proceso de aborto a compartir habitación con una persona en trabajo de parto, o con puerperas.

● **Obstaculización en el acceso:**

- Trabas administrativas, burocráticas y geográficas:

● Solicitarle que concurra repetidas veces a una misma institución o distintas.

● Ser entrevistadx por distintas personas o equipos para acceder a la práctica.

- Ser recibida por personal poco sensibilizado para solicitar turno.

- Esperas prolongadas para ser atendidas por este motivo.

- Brindar información errónea con el fin de expulsar a la persona que solicita ILE.

● Tener que desplazarse a otro distrito o utilizar distintos medios de transporte para acceder a un efector que viabilice su derecho.

● Dilación en los tiempos ya sea del centro de salud u hospital para elevar la negativa a la región de salud o programa correspondiente.

- Falta de un equipo de ILE en el centro de salud u hospital.

- Dilación de tiempos en el acceso a análisis y estudios necesarios.
- No brindar información sobre el derecho a ILE por causales.
- Poner límites arbitrarios a las edades gestacionales.
- “Consejería” en servicio de gineco-obstetricia a personas que solicitan ILE para convencerlas de que no realicen la interrupción (ofrecerle dinero, mostrar videos, discursos culpógenos).
- Solicitud de estudios innecesarios (electrocardiograma para ILE con pastillas).
- Falta de acceso al método anticonceptivo postaborto.
- **Violación al derecho a la confidencialidad:**
 - Hablar sin consentimiento de la persona gestante con algún familiar.
 - Difusión de datos de la historia clínica o su nombre en medios de comunicación o a la comunidad:
 - Por ej. permitir visitas de grupos antiderechos para cambiar de opinión o manifestaciones de estos grupos en la puerta de la institución de salud.
 - Denuncia hacia la persona violando el secreto profesional.
 - Durante la atención no mantener el espacio de privacidad e intimidad que la atención requiere.
 - Exponer información de la persona, sin que sea pertinente a la intervención (estigmatizar a la persona, como “chisme”, o de manera morbosa).

Bloque otros actores involucrados.

En esta sección completaremos aquellas intervenciones realizadas con el objetivo de impedir el acceso a una interrupción del embarazo. Por ejemplo, la realización de una misa, la difusión en los medios de comunicación del caos, la obstaculización judicial, etc.



ANEXO II



Guía de entrevistas semi-estructuradas

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A PERSONAS QUE HAYAN ACOMPAÑADO UNA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DONDE HUBO VIOLENCIA

BLOQUE 1, INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre, edad, lugar de residencia.

Profesión, institución en la que trabaja u organización en el marco de la cual realiza acompañamientos.

¿Sos parte de alguna red municipal, regional, provincial o nacional donde articulen para garantizar la ILE/IVE? ¿Cuál? ¿Por qué? En caso de feministas que acompañan: cómo se vincula con el sistema de salud y cómo llegan ahí las personas gestantes que quieren interrumpir el embarazo.

¿Desde cuando realizas o acompañas ILE/IVE?

¿Por qué lo realizas? Decisión propia/por militancia/porque ya se realizaba en la institución/porque es política de la institución/porque es política municipal o provincial/porque es una práctica para la que me formé/Otras.

BLOQUE 2, VIOLENCIA:

¿Qué entendés por violencia en el acceso a la IVE?

¿Qué violencias representan más acabadamente, desde tu punto de vista, la violencia que sufren las personas gestantes a la hora de acceder a una interrupción del embarazo?

Tener en cuenta los ejes de lo cuantitativo: Tratamiento médico, violencia física, maltrato psicológico, obstaculización en el acceso, violación a la confidencialidad.

¿A qué se deben? ¿Podes darnos un ejemplo?

Si no lo contempla en la pregunta anterior: ¿Consideras que la variable género y/o etnia operan como profundizador de las violencias?

¿Quiénes intervienen en estas prácticas obstructivas y/o violentas? personal administrativo, enfermería, médicxs, u otra persona del equipo de salud (seguridad, camilleros...)

¿Qué efectos consideras que tienen estas prácticas en la representación de la ILE en general? ¿Qué efectos consideras que tienen estas violencias en la persona que es víctima?

¿Qué cambios consideras que pueden surgir con la implementación de la legalización de la IVE? Principales dificultades en su implementación.



GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A PERSONAS QUE HAYAN SUFRIDO VIOLENCIAS EN EL MARCO DEL ACCESO A UNA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

BLOQUE 1, INFORMACIÓN PERSONAL:

¿Podés contarnos un poco sobre tu vida? Cómo te llamas, cuántos años tenés, dónde vivís, a qué te dedicas, cómo es tu familia. (Hacer una pregunta general y preguntar lo que quede por fuera de su relato)

BLOQUE 2, INTERRUPCIÓN Y PERCEPCIÓN DE LAS VIOLENCIAS:

Experiencia o acercamiento previo al tema: Antes de tener que pasar por la interrupción del embarazo, ¿Cuál era tu opinión respecto a esto? ¿Conocías tus derechos?

Sobre la experiencia puntual: ¿Cómo fue la trayectoria institucional durante la interrupción (siempre en el mismo centro, recurríste a organizaciones, etc)? ¿Podrías relatar en forma detallada cómo fue tu experiencia?

¿Tuviste dificultades para acceder al aborto? ¿Cuáles, cómo, dónde aparecieron?

Percepciones, concepciones y memorias de las violencias: ¿Cómo te sentiste? ¿Te hubiese gustado que algo fuera diferente? Tratamiento médico, trato con tu cuerpo, la información brindada, la atención, los tiempos.



BIBLIOGRAFÍA

- Crenshaw, K. (2012, [1991]). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color (pp. 87-122). En Platero, Raquel (Lucas) (ed.). Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Barcelona: bellaterra.
- Fallo F.A.L. s/ medida autosatisfactiva (2012)
- Guía para el mejoramiento de la atención post aborto del Ministerio de Salud (Resolución 989/2005)
- Guía técnica para la atención de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo del Gobierno de Mendoza (2018). Disponible en: https://www.mendoza.gov.ar/generoydiversidad/wp-content/uploads/sites/30/2016/03/GUIA-TECNICA_IIE.pdf.pdf
- Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo.
- Mario , S. y Pantelides, E.. Edith Alejandra (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. En Revista Notas de población XXXV N°87- CEPAL. Santiago de Chile. Disponible en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>
- Ministerio de Salud (2019). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo 2° edición 2019. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo_ile_2019-2a_edicion.pdf
- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo_ile_2019-2a_edicion.pdf
- Romero M. y Moisés S (2020). El aborto en cifras. Serie de documentos REDAAS. REDAAS. Buenos Aires, noviembre 2020
- Segato, R. (2003). Las estructuras elementales de la violencia. Bernal: UNQUI.
- UNICEF y Sociedad Argentina de Pediatría - SAP (2019). Salud materno infantil juvenil en cifras. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2019-09/SAP%202019%20WEB.pdf>.



**Red de Profesionales de la
Salud por el Derecho a Decidir**



OGyPP | Observatorio de Géneros
y Políticas Públicas

