

XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. ÁREA DE SALUD Y POBLACIÓN, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2016.

Salud y derechos: un ejercicio de monitoreo social de cumplimiento de ILE en servicios de salud.

Gutierrez María Alicia y Maffeo Florencia.

Cita:

Gutierrez María Alicia y Maffeo Florencia (2016). *Salud y derechos: un ejercicio de monitoreo social de cumplimiento de ILE en servicios de salud. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. ÁREA DE SALUD Y POBLACIÓN, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/florencia.maffeo/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pzbk/nec>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Título: *Salud y derechos: un ejercicio de monitoreo social de cumplimiento de ILE en servicios de salud.*

Autoras: Gutiérrez, María Alicia¹ Maffeo, Florencia²

Introducción

Las políticas públicas y programas se constituyen en un largo proceso que incluye la elaboración, monitoreo y evaluación. Con ese esquema llevamos a cabo un monitoreo social - en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Formosa - FUSA (Asociación de Atención de la Salud de Adolescentes) y CDD (Católicas por el Derecho a Decidir – Córdoba) en el marco de un proyecto general “Ampliando el ejercicio de derechos: el acceso a la interrupción legal del embarazo”. Si bien la acción del monitoreo requiere de una serie de procedimientos y herramientas metodológicas nuestra intervención tuvo, al menos, un doble objetivo: en principio monitorear los servicios de salud sexual y reproductiva y la aplicación en los servicios del protocolo de ILE, y en segundo lugar, y no por ello menos importante, una acción política que permita amplificar el acceso a las mujeres a un derecho históricamente denegado. El monitoreo social no es una mera herramienta de investigación social, sino que se conforma como una manera de interperlar a organizaciones, a efectores de salud, a decisores políticos y a las mismas usuarias del sistema de salud. Las herramientas tienen un efecto sobre los/as entrevistados, así como la visibilización de los resultados. Se trata de una propuesta de investigación-acción política.

El presente trabajo tiene como objetivo dar cuenta de los resultados de dicha experiencia de monitoreo social para evaluar la aplicación de la Guía de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) del Ministerio de Salud de la Nación en servicios de salud de la ciudad de Bahía Blanca y el distrito de Morón del GBA.

Para dicha tarea se cumplimentaron una serie de pasos que fueron implementados por un equipo de investigación constituido por dos sociólogas y cinco mujeres monitoreantes de cada localidad.

El esquema de esta presentación se ordena de la siguiente manera: en primer lugar, describiremos el marco teórico conceptual, luego los criterios metodológicos y herramientas utilizadas, en tercer lugar, presentaremos los principales resultados, y por último, compartiremos una serie de conclusiones, para seguir abriendo debates.

¹Socióloga, docente e investigadora de la FSOC, UBA. Coordinadora del Área de Incidencia Política de FUSA (Buenos Aires). Correo: mariagut27yahoo.com.ar

²Socióloga, docente. Coordinadora de Trabajo de Campo de Proyectos del Área de Incidencia Política de FUSA (Buenos Aires). Asistente de investigación, UNSAM. Correo: maffeoflorencia@gmail.com

l) *Marco teórico conceptual*

l a. Acerca del monitoreo

El monitoreo y la evaluación cumplen un rol central dentro del desarrollo de las políticas públicas y los programas. Si bien ambos procesos están profundamente interrelacionados es importante distinguir las características propias del monitoreo. En principio, es un proceso que no solo responde a criterios metodológicos y /o técnicos sino que contiene un profundo sentido político dado que es el procedimiento que permite tener el conocimiento cabal del rumbo de una política y/o programa, el grado de implementación y los cambios que se pueden realizar para su mejoramiento. Esos cambios, de distinto carácter de acuerdo al “momento y las condiciones” de la aplicabilidad de la política suponen una acción profundamente política.

El monitoreo tiene como objetivo generar información, producir conocimientos y, en el mismo proceso, importantes aprendizajes. El diseño de un sistema de monitoreo se basa en la planificación operativa y requiere de determinadas actividades: conformar el equipo, estructurar los requerimientos de información acorde a quien va dirigido, ubicar las fuentes de la información, frecuencia de aplicación y definición de los instrumentos de recolección. Un punto clave es la sistematización y análisis de la información recogida que permite una devolución y retroalimentación al programa. Por otro lado, los resultados del monitoreo permanente son un elemento clave para la tarea de evaluación así como el análisis de los recursos y su implementación en relación a los objetivos pautados tarea que no llevamos a cabo en este procedimiento.

El monitoreo es un proceso continuo y permanente (Cerezo y Fernández Prieto, 2011 citado en De Virgilio y Solano, 2012), que tiene como objetivo “indagar y analizar permanentemente el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con lo planificado, con el fin de detectar a tiempo eventuales diferencias, obstáculos o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución” (SIEMPRO y UNESCO, 1999 citado en De Virgilio y Solano, 2012). En la formación, capacitación y experiencia de las monitoreantes se intentó dejar una capacidad instalada para la sustentabilidad de la acción monitoreante. En la misma línea “el monitoreo permite, además de poner de manifiesto soluciones problemáticas y de aportar pistas para identificar causas y posibles soluciones, detectar señales de alarma que serán insumo para la evaluación” (De Virgilio y Solano, 2012).

Una de las características centrales de un sistema de monitoreo es que se construye a partir de indicadores que son el modo de operacionalizar (y poder medir) las acciones propuestas en los objetivos. La elección de los mismos supone una serie de criterios como independencia, verificabilidad, validez y accesibilidad y pueden ser de diferente naturaleza: cuantitativa (son los datos secundarios que se expresan en cifras absolutas y permiten una especie de “radiografía” de la situación) y cualitativos. A partir de la delimitación de los indicadores más adecuados se elaboran las herramientas más eficaces para su medición.

Si bien el trabajo presente contemplo muchas de las acciones del monitoreo debemos dejar constancia del punto de diferencia. Se trató de un monitoreo social, o sea una acción llevada a cabo por mujeres monitoreantes pertenecientes a organizaciones sociales. No fue una acción estatal y tampoco se monitoreó la totalidad de una política pública y/o programa. Se intentó, siguiendo la rigurosidad metodológica, armar una estrategia de monitoreo para las organizaciones sociales y la potencialidad de su reproducibilidad como acción permanente.

En la Argentina existen antecedentes de estas acciones. En el campo de los derechos sexuales y reproductivos se articuló el CONDERS (Consortio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales) que tenía como objetivo el monitoreo de la aplicabilidad de la ley de salud sexual y procreación responsable a nivel nacional realizado por organizaciones de mujeres. En palabras del propio CONDERS: “el monitoreo social implica la construcción y aplicación colectiva de herramientas y mecanismos para vigilar la atención de la salud sexual y reproductiva con enfoque integral y preventivo a través de la sociedad civil. Debe ser ejercido por toda la sociedad civil en todo momento, y especialmente por las-os usuarios-as de los servicios. Se promueve su realización a través de articulación de organizaciones no gubernamentales o grupos de mujeres, derechos humanos, jóvenes y otros que se vinculan con organismos gubernamentales responsables de la atención de la salud sexual y reproductiva “(www.conders.feim.org.ar). Esta acción llevada adelante por FEIM, Foro de los Derechos Reproductivos y CLADEM de Argentina permitió generar una cultura del monitoreo y dejó una capacidad instalada en las organizaciones de mujeres para la vigilancia social, aplicable al monitoreo de políticas y/o programas en diferentes campos de los derechos de las mujeres. Otro antecedente, si bien llevado a cabo desde organizaciones de la sociedad civil, fue el monitoreo social realizado por CEDES de la aplicación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires (<http://www.redaepa.org.ar/>).

1 b - Situación general del aborto en Argentina. Efectos fallo FAL

Actualmente, el aborto en nuestro país está penalizado, pero contempla excepciones.³ Sin embargo, estas causales de aborto no punible no son respetadas en la mayoría de las situaciones por varias razones: por un lado los profesionales del sistema de salud que reclaman requisitos innecesarios y así demoran la práctica por el otro, el sistema judicial donde

3 El aborto es ilegal en la Argentina y está tipificado como un “delito contra la vida” en el Código Penal. Las penas son de un mínimo de uno a cuatro años de reclusión o prisión a quien lo cause con consentimiento de la mujer, y un máximo, que podría elevarse hasta quince años, si el hecho tuviera lugar sin ese consentimiento y fuere seguido de la muerte de la mujer. Por su parte, la mujer que causase su propio aborto o consintiese que otro se lo cause puede sufrir una pena de prisión de uno a cuatro años. El Código Penal establece dos circunstancias en las cuales “el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible”. La primera, “si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; la segunda, “si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”, requiriéndose el consentimiento de su representante legal (Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I).

casos de aborto no punible han sido interpretados de manera contradictoria por diferentes tribunales. En la práctica, estos supuestos despenalizadores no se aplican debido a que en muchos casos los médicos se niegan a realizar los abortos en los casos permitidos por la ley sin contar con una autorización judicial. Desde el punto de vista legal, este trámite es innecesario y demora la realización del aborto, sometiendo a la mujer a un mayor sufrimiento. Esta situación, que aún persiste en algunos enclaves, tuvo un giro copernicano en el año 2012 con el fallo de la Suprema Corte de Justicia que promulgó la sentencia conocida como Fallo FAL s/medida autosatisfactiva". Este fallo aclara las situaciones de aborto no punible, amplifica la no punibilidad a la violación en todas sus expresiones y ordena al poder ejecutivo elaborar protocolos de atención. Pone freno y ratifica la no punibilidad de los considerados abortos legales. Sin embargo, el propio Fallo no fue acatado por todas las jurisdicciones provinciales y su aplicación aun no es de efectividad total. La Corte Suprema de Justicia de la Nación se limitó a pronunciarse únicamente sobre aspectos procesales y no se han tratado cuestiones sustantivas.

Esta situación estaría mostrando la necesidad y los propios límites del campo legal. El caso argentino (y nos atrevemos a pensar en toda la región) genera un efecto paradójico: la punibilidad permea fuertemente los imaginarios sociales (claramente el aborto esta significado como ilegal) y permite a sectores anti-derechos desplegar con potencia sus políticas restrictivas en relación a la libertad de decidir de las mujeres sobre su cuerpo. Por otro lado, es de las prohibiciones sistemáticamente violadas y con escasas condenas en relación a la magnitud de su incumplimiento (más bien los casos de condena juegan un papel pedagógico/aleccionador del miedo y la lógica securitaria). Los efectos performativos de la ley se juegan en la construcción de estados subjetivos que despliegan el temor en las mujeres y los efectores de salud.

En los últimos diez años se ha producido una expansión de la despenalización social del aborto, es decir, la legitimación de la práctica de abortar por decisión de las mujeres. Esto se ha dado a partir de las estrategias políticas del feminismo, entre la que se destaca la conformación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en el año 2005. Se han presentado, el último en el corriente año, en varias oportunidades un proyecto de legalización del aborto. Sin embargo aún no ha habido una acción política contundente del parlamento para el debate en las comisiones y/o el recinto (<http://www.abortolegal.com.ar/>). Entre tanto, han surgido estrategias de diversas redes y espacios que colaboran tanto en esta despenalización social, como en el acceso efectivo a abortos seguros⁴.

4 Podemos nombrar, entre las principales redes surgida, a Socorristas en Red – feministas que abortamos (red de grupos feministas que acompañan a mujeres que abortan con medicación), Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a decidir (de orden nacional y que realizan abortos no punibles en el sistema público de salud). Red de Comunicadoras (de nivel nacional para la estrategia comunicacional), Red de Abogadas para el litigio estratégico,

I c - Las prácticas del sistema de salud, la calidad de atención y la visión bio-médica sobre los cuerpos femeninos

¿Cómo se caracteriza una buena calidad atención de la salud? En coincidencia con Matamala (1995) una buena calidad de la atención es la que considera el punto de vista de las/os usuarias/os, que responde a sus demandas y expectativas y provee el máximo bienestar. Todo ello en el marco de la perspectiva de género en la atención.

Para mejorar la calidad de atención de la salud es imprescindible la acción del Estado que implemente marcos legales, políticas públicas y programas de salud que garanticen el funcionamiento de los servicios de salud, tanto privados como públicos, y que los mismos se encuentre al alcancen de la población y respondan a sus necesidades (Matamala, 1995; Gutiérrez, 2005). La acción estatal influye principalmente en las modificaciones del sistema de salud, que junto con las personas prestadoras de salud y los/as usuarios/as, son los ámbitos desde los cuales se puede mejorar y evaluar la calidad de la atención de la salud (Matamala, 1995, OPS, Checa et al, 2015, IPPF, 2000, Donabedian, 1990).

El protocolo de Interrupciones legales del embarazo contempla las dos causales de no punibilidad del aborto: violación y salud integral, entendiendo a ésta última como “el conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales del bienestar”, como la define la OMS. Nos interesa esta definición en particular porque la salud integral y el desarrollo son dos elementos que deben ser tenidos en cuenta para evaluar una calidad de la atención de la salud que promueva el bienestar armónico de las usuarias (Matamala, 1995). Además, debemos considerar el abordaje de la salud sexual de manera integral que entiende a la sexualidad como una expresión social, política y de derechos humanos (Alfonso Rodríguez, 1999).

Introducir la perspectiva de género en el análisis de la calidad de la atención de la salud nos permite observar mejor y pensar cómo mejorar la atención desde los tres ámbitos que refiere Matamala (1995): el sistema de salud, los/as prestadores y los/as usuarios/as. Dentro del sistema de salud, podemos ver como el desbalance de poder en las relaciones de género refuerza estereotipos, discrimina y no incorpora a las mujeres ni a personas con orientaciones sexuales que no cumplen con la heteronorma en los programas de salud, desvaloriza sus conocimientos sobre el cuerpo y no le permite ser autónomas en la toma de decisiones.

En cuanto a los/as prestadores de los servicios de salud sus propias construcciones de género se ponen en juego con las/os usuarias/os durante la atención. En el caso de las prestadoras mujeres, el hecho de tener trabajos desvalorizados refuerza la baja autoestima que implica su socialización como mujer, lo cual puede llevar a un empeoramiento en el trato. Cuando los prestadores son hombres, su formación académica y los trabajos más valorizados

llevan a reforzar la desigual relación con las usuarias mujeres. Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta para apuntar a una óptima calidad de atención.

Sobre las usuarias podemos decir algo similar, ya que su construcción social de género, sus conocimientos y experiencias previas de atención en la salud funcionan como condicionantes a la hora de realizar nuevas consultas en los servicios de salud. En general las usuarias mujeres son las que tienen a cargo el cuidado de la salud del resto de la familia, y esto puede llevar a una desatención de su propia salud.

II - Metodología – Herramientas. Recolección de la información

La metodología del proyecto se basó en cinco instrumentos de recolección de datos. En primer lugar, se elaboró una línea de base con datos nacionales y locales. A partir de esta, se establecieron los indicadores precisos que luego se podrían medir en las distintas herramientas elaboradas. Luego, se construyeron una guía de observación de servicios de salud, una encuesta a mujeres usuarias de los servicios, una guía de entrevista a proveedores y decisores políticos, y una guía de grupo focal a mujeres monitoreantes.

Para la aplicación de la guía de observación y la encuesta a usuarias se capacitaron a 43 mujeres monitoreantes: 10 de la provincia de Córdoba, 10 de Buenos Aires (5 en Morón y 5 en Bahía Blanca) y 13 en Formosa. Ellas realizaron 60 observaciones y 98 encuestas a usuarias. Luego, se evaluó su trabajo al final con un grupo focal., en donde además hicieron aportes a las herramientas. Las herramientas utilizadas se fueron monitoreando, evaluando y corrigiendo en el transcurso del proceso. Respecto de los decisores políticos y los profesionales de la salud se tomaron 5 entrevistas por provincia.

Las provincias se seleccionaron por sus diferencias en cuanto a las características poblacionales y socio-culturales, por un lado, y por el estado de sus protocolos de ILE, por otro. En el caso de la provincia de Buenos Aires fue elegida por ser la provincia con mayor cantidad de habitantes del país, los distintos contextos sociopolíticos a su interior, y porque tiene un protocolo de atención de abortos no punibles vigente, que si bien no está completamente adaptado al fallo FAL⁵, está teniendo aplicación en diferentes servicios de salud pública.

En Buenos Aires se seleccionaron las ciudades de Bahía Blanca y Morón. Bahía Blanca porque ser una ciudad importante, entrada a la patagonia argentina, con un conocido perfil conservador pero a la vez, con activas organizaciones sociales de grupos territoriales y de feministas. El distrito de Morón fue seleccionado por su ubicación en el conurbano bonaerense, territorio de alta densidad poblacional con las complejidades que esto implica. Además, se trata de un municipio que hasta el 2015 tuvo una explícita política en el acceso a derechos, en particular en lo que refiere a atención de abortos, con consejerías pre y post

5 La mayor diferencia que tiene este protocolo en relación al elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, es que todavía contempla la formación de comités interdisciplinarios o comites de bio-ética que evalúen cada caso, lo que significa un obstáculo y retraso en la atención.

aborto que fueron creadas por trabajadoras de la salud, preocupadas por la atención de las mujeres en centros de atención primaria de la salud. Con los años, la extensión de las consejerías, y la insistencia de las trabajadoras de la salud, en alianza con grupos feministas, lograron que esto fuera tomado como política municipal, llegando a formalizar públicamente las consejerías, brindando el aval de la secretaría de salud, y tomando la decisión política de comprar el misoprostol⁶ para las interrupciones legales del embarazo contempladas en el Código Penal y la Guía ILE.

De las localidades mencionadas observamos 7 servicios de salud. En Morón, los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) Mercedes Sosa, Juana Azurduy y Santa Laura, los tres dependientes de la dirección de APS de Morón. En Bahía Blanca observamos el Hospital Interregional Penna, y tres servicios de salud municipales de la región noroeste de la ciudad, las unidades sanitarias San Dionisio, Noroeste, Colón.

III - Principales resultados

Los resultados del proyecto han sido múltiples pero a los efectos de este trabajo nos detendremos en cuatro ejes: la accesibilidad de los servicios de salud y la calidad de la atención, el conocimiento de regulaciones, derechos y obligaciones, y las prácticas médicas: obstáculos y facilitadores de derechos.

III a – Accesibilidad

En cuanto a la accesibilidad hemos observado que los servicios monitoreados en relación a su ubicación geográfica están bien ubicados. Si bien todos se encuentran en barrios periféricos, están cerca de avenidas y calles importantes por las que circula el transporte público. Además, están referenciados en el barrio, y muchos funcionan al lado o en el mismo edificio que otros espacios (sociedades de fomento, casa de la juventud, iglesia). Si bien implica alguna ventaja para el conocimiento del servicio, cuando funcionan en el mismo espacio que otra institución, como en el caso de la US San Dionisio y Colón, se reduce el tamaño de la sala, y genera complicaciones en cuanto a la distribución de los espacios, el uso de la luz, baños, y salas comunes, y otro tipo de altercados.

Cuando hablamos de accesibilidad, no sólo nos referimos a los espacios físicos, sino también simbólicos que implica acceder a las salas. Hemos observado que en atención primaria, los turnos son más fáciles de conseguir, ya que la atención es reducida a menos cantidad de usuarios/as, que generalmente son del barrio, y se genera cordialidad entre estos y las administrativas que atienden. En cambio, en el Hospital, la superpoblación hospitalaria dificulta el acceso a los servicios, y la atención es despersonalizada. El hospital además, tiene el

6 El misoprostol es una prostaglandina sintética que produce contracciones uterinas y provoca el aborto. Está recomendado su uso por la OMS, y considerado uno de los medicamentos básicos. Su uso además está indicado en la guía de interrupciones legales del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación, edición 2015

obstáculo de ser una institución muy grande y compleja, y en particular el Hospital Penna, no tiene la señalización adecuada en su interior, lo que hace que una persona que desconoce su dinámica, le sea más difícil acceder a sus servicios.

En este monitoreo, no se han registrado obstáculos al acceso por discriminación de sexo, edad, etnia, lugar de residencia o de origen de la persona (un obstáculo que habitualmente sufren las personas migrantes de países limítrofes) ni otro tipo de variables.

III b - *Calidad de atención*

En cuanto a la calidad de la atención, las respuestas de las usuarias señalan que es buena, pero al adentrarnos con diferentes preguntas, sobre acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y aborto, podemos observar cierta desatención por parte de los prestadores.

Tanto en Morón como en Bahía Blanca, las mujeres refieren haber recibido buen trato de los profesionales de los centros de salud. Aquellas que han sido atendidas en el Mercedes Sosa (Morón) remarcan especialmente la atención y el trato agradable, así como la escucha activa, por parte de las profesionales. La mayoría de las mujeres atendidas en Morón afirman que la información brindada por los profesionales resultó clara y completa, y que les responden a todas sus preguntas: *“Me trataron muy bien. Acá le dedican tiempo a las personas y te escuchan las dudas”* (Tatiana, 24 años, Morón). En Bahía Blanca, algunas manifiestan que no les comprendieron a los profesionales, una de ellas dice que no la dejaron hacer preguntas y dos expresan que no se animaron a hacerlas.

Entre quienes hicieron consulta por embarazo en Bahía Blanca, la mayoría manifiesta que no les preguntaron si querían continuar o no con el embarazo, a diferencia de Morón, donde encuestadas expresan los/as profesionales les hicieron esta pregunta. De las mujeres bahienses, ninguna decidió interrumpir el embarazo, y una explica que fue consultada por problemas de salud: *“Me preguntaron si quería seguir porque tengo tiroide, y me aconsejaron bien, pero no me convencieron”* (Alicia, 34 años, 3 hijxs). En Morón, hubo dos mujeres que fueron a consultas por interrupción del embarazo, y sostienen que les indicaron el procedimiento para hacer un aborto con pastillas, cómo debían ser los controles, las ecografías necesarias, y sobre métodos anticonceptivos. Pero por sobre todo, destacan la escucha activa. *“no me juzgaron, me escucharon todo lo que les dije”* (Gabriela, 38 años, Morón). Esto muestra las diferencias territoriales dentro de la misma provincia en cuanto a la aplicación de protocolos de ILE y consejerías pre y post aborto

III c - *Conocimiento de regulaciones y derechos por parte de las usuarias*

Las usuarias en su mayoría tienen escaso conocimiento de las legislaciones sobre derechos sexuales y reproductivos, en tanto deberes y obligaciones legales de los prestadores,

pero sí manifiestan sus conocimientos en forma de creencias y opiniones.

En Morón, la mayoría de las mujeres tiene algún conocimiento sobre sus derechos respecto a acceso a métodos anticonceptivos. Son pocas las que están seguras de que pueden acceder a MAC de forma gratuita, que pueden elegirlos, y que las adolescentes también tienen derecho. Varias mujeres manifiestan que no están seguras si el acceso a los MAC es derecho. En Bahía Blanca, la mayoría de las mujeres sabe que pueden acceder gratuitamente a los MAC y que los pueden elegir. En cuanto a los derechos de los/as adolescentes, sólo la mitad sabe que pueden acceder a métodos anticonceptivos, sin autorización de un adulto/a.

En relación al conocimiento sobre interrupciones legales del embarazo, casi todas las mujeres saben de cierta forma que el aborto no es completamente ilegal. Si bien alrededor de la mitad de las mujeres afirmó que conoce que existe una ley que lo permita en caso de que corra riesgo la salud y por violación, muchas otras mujeres tenían la duda sobre que existía y otras dijeron desconocer sobre el tema, y sólo una afirmó que no existe una ley que permita alguna causal de aborto, y se observa un mayor desconocimiento entre las mujeres de Bahía Blanca que entre las de Morón, donde tenían mayor conocimiento, si bien algunas no completamente seguras, sobre el tema.

Esto nos permite intuir que si bien no todas las mujeres conocen sobre el derecho a la interrupción, al menos no hay una idea arraigada de que todas las interrupciones del embarazo son ilegales. Podemos pensar que esto se relaciona con la cantidad de información sobre el tema que circula en los centros de salud donde se realizaron las encuestas, aunque podemos pensar que falta brindar más información, o buscar otras formas de comunicar, para que las mujeres tomen a estas leyes como sus derechos y se las apropien.

Al hablar sobre la atención que debe haber ante un embarazo no deseado, muchas mujeres sostienen que la atención tiene que ser *“como todas, normal, que te atiendan bien y te digan como tenés que hacer para no tenerlo”* (Diana, 24 años, Morón). Algunas nombran esto como un derecho y en que no hay razón para un mal trato al solicitar el aborto: *“contar con alguien que me informe mis derechos.”* (Pamela, 29 años, una hija, Bahía Blanca). *“cada una tiene derecho, el por qué lo quiere hacer, la deben atender bien, no tienen por qué tratarlas mal”* (Luciana, 30 años, sin hijos/as, Bahía Blanca). La contención y el buen trato se señala mucho, hay mujeres que hablan de la gratuidad de la práctica y otras detallan también cómo debería ser el proceso: *“Hacer el aborto, dar las pastillas. En la atención, hablarle a las mujeres. Importante debería ser la atención, acompañamiento médico. Tiene que haber acompañamiento psicológico”* (Abigail, 18 años, Morón).

En general, las mujeres parten de la idea de que un embarazo no deseado es una situación que afecta a la salud integral de las mujeres, pero además, con la idea de que el aborto puede ser traumático para algunas. *“Bien, tiene que ser gratuito. Creo que tienen que atender bien, porque la mujer está pasando por algo que no deseó”*, (Renata, 24 años, 4

hijos/as).

Cuando se les pregunta por el hipotético caso en que decidieran interrumpir el embarazo, las opiniones están divididas. En Bahía Blanca, la mayoría de las mujeres sostiene que tendría miedo, pudor y vergüenza de hacer esa consulta, por temor a ser juzgadas. Algunas sostienen que no harían nunca esa consulta, porque no piensan como una posibilidad el aborto, o porque no están de acuerdo. En Morón, algunas mujeres piensan que podrían hacer la consulta sin problema, y otras temen a que el médico/a “diga algo”: *“Al principio tenía miedo. A los 21 años aborté pero por médico privado, y esta vez tenía miedo, pero la atención fue re buena, me dijeron que están estos programas, por eso vine de Merlo para acá, y se me fueron los miedos después de la primer consulta”* (Gabriela, 38 años, Morón).

En general, las usuarias desconocen si existen sanciones para las mujeres que solicitan un aborto. Son pocas las que afirman que estas sanciones no existen, o que efectivamente existen. Además, la mitad de las mujeres no saben si existen sanciones para los/as profesionales que se nieguen a atender la demanda de interrupciones legales del embarazo.

Cuando indagamos acerca del conocimiento sobre el consentimiento informado, la mayoría de las mujeres coinciden que antes de la realización de una práctica médica, el/la profesional de la salud le debe informar y ellas deben autorizarlos antes de realizar cualquier procedimiento, la mayoría sostiene que se debe hacer de forma escrita, y otras consideran que basta con que la persona exprese oralmente cuál es su decisión.

Respecto a la objeción de conciencia, la mayoría de las encuestadas opina que los médicos no se pueden negar a atender a quien solicita un aborto *“porque está permitido por la ley”* (Alicia, 34 años, Bahía Blanca). Una de ellas aporta que si no lo va a hacer, debe haber otro médico que lo haga, y hasta afirman que *“No debería negarse, es su trabajo, que eligió”* (Noelia, 27 años, Bahía Blanca).

Respecto a la necesidad de una denuncia policial al solicitar un aborto por causal de violación, hay una clara diferencia en las opiniones entre las mujeres de Morón y Bahía Blanca. En el distrito conurbano, las mujeres coinciden, en su mayoría, que la denuncia policial de una violación no debe ser un requisito para la realización del aborto, y priorizan el tratamiento de la salud de la mujer antes que realizar la denuncia policial de la violación. En cambio, en la ciudad sureña, todas las encuestadas piensan que la mujer debe denunciar la violación, y sólo una sola de ellas opina que el aborto se puede hacer antes de realizar la denuncia, puesto que se considera necesaria la denuncia para justificar el pedido del aborto. En el caso de las mujeres que llegan con abortos en curso, estas diferencias en las opiniones por ciudad se mantienen. Todas las mujeres conurbanas opinan que la policía no se debe meter en el asunto, aunque no todas estén de acuerdo con la práctica del aborto. Consideran que la privacidad e intimidad de la mujer es más importante que la punibilidad del aborto. En cambio, entre las bahienses la mitad considera que no deben denunciar a la mujer, sino simplemente atenderla. La otra mitad

consideran que se debe denunciar, algunas con el argumento de que se debe denunciar por tratarse de algo malo, o para desresponsabilizar al hospital, y una de ellas cambia el sujeto de la denuncia y considera que debe estar dirigida a quien hizo la práctica, y no a la mujer, si la puso en riesgo. Sería interesante en futuras investigaciones indagar acerca de las razones que sostienen tal diferencia de opiniones, si se debe a la información que tienen sobre ILE, o si se basa en distintas opiniones sobre el sistema judicial y la policía, o hay otros motivos en los que se fundamenten las opiniones.

III d - *El conocimiento de regulaciones, derechos y obligaciones por parte de los prestadores*

En Morón, las personas entrevistadas conocen la legislación vigente, y los protocolos de atención, pero a la vez resaltan que para poder seguir trabajando es necesaria la capacitación, en especial de efectores/as no sensibilizados/as en el tema, así como también la incorporación de capacitación en aborto en las currículas de residentes y estudiantes de profesiones vinculadas a la salud. Además, aprecian los espacios de interconsulta y reuniones entre equipos que han generado, y consideran necesario fortalecer el espacio de intercambios con colegas y la generación de redes, como la Red de Profesionales de la salud por el Derecho a Decidir.

En las entrevistas, los/as profesionales destacan la perspectiva de género y derechos humanos desde la que atienden, aunque también explicitaron que todavía hay resistencia del personal de salud a este modo de trabajo. Esta mirada no surgió de un día para el otro, sino que implicó una construcción de de los/as profesionales de la salud, que se ha ido profundizando, con capacitación, con el marco de trabajo de los protocolos de atención de ANP, y también con la disponibilidad en los centros de salud de métodos anticonceptivos y medicación, y, es por esto que los recursos materiales son también imprescindibles para la tarea.

Para los decisores políticos municipales y trabajadores/as de atención primaria de la salud, las consejerías son mucho más que dar información sobre uso seguro de misoprostol o atender un tema biomédico, sino que también, según nos contaba un efector, significa que para ellos/as también es: *“un espacio de asesoramiento, de reflexión, y para garantizar, que es algo que pleno derecho tiene esa mujer, a recibir a toda la información científicamente validada, y que pueda decidir estando informada, de continuar un embarazo o de interrumpirlo. Ahí en la consulta se empieza a ver, ¿la mujer quería tener relaciones sexuales que llevaron a un embarazo no planificado? Muchas veces no, hay coerción, hay violencia, ahí ya enmarcamos, conjuntamente con el equipo y con ella, situaciones que por ahí ella no veía, el maltrato histórico con su pareja, con sus parejas, con su familia, y eso es una interrupción legal del embarazo. Después, en la consulta van surgiendo, que se yo, cuestiones de lo social, lo familiar, en cuanto aspectos de su salud mental, que hace que podamos enmarcar la*

situación". (E2, agosto 2015).

La tarea de los efectores/as de salud de consejería implica un trabajo atento y minucioso a partir del relato de las mujeres y lo que ellas pueden manifestar al momento de hacer una consulta. Como se observa en el fragmento anterior, al enmarcar las interrupciones legales del embarazo en las causales, la tarea de los profesionales comienza por desatar el nudo, y trabajar con las mujeres sobre situaciones que quizás no habían reflexionado antes, y además, explicarles acerca de sus derechos, los cuales muchas veces las mujeres no conocen, como hemos observado en las entrevistas a usuarias del sistema de salud. La escucha activa de los/as profesionales es muy importante, ya que: *"Son pocas las mujeres que solicitan interrupciones legales. Lo que hacen las mujeres es manifestar sus decisiones de interrumpir sus embarazos, de abortar. No solicitan interrupciones legales, pero porque creo que eso también es un desafío, que tiene que ver con la información hacia las mujeres de que ese es su derecho.(...) Generalmente lo que recibimos acá son mujeres que vienen planteando la decisión de abortar, y es tarea del equipo evaluar si esa situación es posible encuadrarla dentro de una situación legal del embarazo.(...) Habría que ver cuáles son los casos que quedan afuera con este protocolo"*⁷ (E1, agosto 2015).

Esto implica que los profesionales de la salud no sólo conozcan las leyes y protocolos de atención sino que además estén formados desde una perspectiva que rompa con la visión biomédica de la mujer. Esto hace la diferencia en la calidad de atención.

En Bahía Blanca, el proceso es distinto. A nivel local, manifiestan que se vienen aplicando las normativas gradualmente en atención primaria de la salud. A nivel hospitalario, el servicio que está cumpliendo la normativa de cierta forma, es el Hospital Inter-regional Penna. Además, no todos los efectores conocen el protocolo. Algunos creen que se puede aplicar solo hasta las 12 semanas, y existen muchas dudas sobre cuáles son sus responsabilidades, y temor a estar incumpliendo la ley. Entre quienes tienen más formación y están aplicando en mayor medida el protocolo, son críticos de este en cuanto se sienten que es una vía de cubrir una ley de aborto voluntario que no existe. Opinan que "el cuello de botella, es la legislación. Volvemos a lo mismo. Están inventando cosas para no hablar y definir y decir "Esto es lo que nosotros pensamos" porque cuando hablan de salud, de interrupción de cualquier embarazo que ponga en riesgo la vida o la salud de la madre... cualquier embarazo lo pone en riesgo, o sea, habría que interrumpir todos los embarazos. No sé... tienen que buscar por otro lado" (E3, Bahía Blanca)

III e - Las prácticas médicas: obstáculos y facilitadores de derechos.

Entre los principales resultados, hemos encontrado obstáculos y buenas prácticas en

7 Se refiere al protocolo de Interrupciones Legales del embarazo, elaborado por la Ministerio de Salud de la Nación (segunda edición, año 2015).

los servicios de salud, que permiten entender mejor el rol de las políticas públicas municipales, y la capacitación no sólo a profesionales de la salud, sino también a administrativos/as y personas que reciben a los/as pacientes. Estos último tienen un rol muy importante a la hora de recibir a las mujeres, y se observa que quienes están sensibilizados, hacen una gran diferencia en el trabajo del equipo de salud, y facilitan el acceso.

En Morón, la mayoría de las mujeres entrevistadas sostienen que los/as profesionales no les informaron sobre interrupciones legales del embarazo, como principio de transparencia activa. Aunque hay algunas pocas que manifestaron que se les explicaron, en embarazos previos. Algo similar ocurre en Bahía Blanca.

Entre las buenas prácticas que se han ido generando en estos años, en Morón se destaca la disponibilidad de la medicación⁸, para poder atender a las mujeres, y la difusión de sus tareas a las mujeres de lo que hacen durante la atención, por medio de carteles y folletería. Si bien se ha observado que no es suficiente para que las mujeres conozcan sus derechos, ha servido como una herramienta que aporta, además de la difusión de boca en boca que hacen las mismas usuarias, no sólo en Morón, sino también en distritos de la zona, ya que el 60% de las usuarias de los CAPS son mujeres residentes en otros municipios, que no encuentran allí la misma calidad de atención. Entre las buenas prácticas que se han ido generando en estos años, destacan el tema de los insumos, para poder atender a las mujeres, y la difusión de sus tareas a las mujeres de lo que hacen durante la atención, por medio de carteles y folletería. Si bien se ha observado que no es suficiente para que las mujeres conozcan sus derechos, ha servido como una herramienta que aporta, además de la difusión de boca en boca que hacen las mismas usuarias, no sólo en Morón, sino también en distritos de la zona, ya que el 60% de las usuarias de los CAPS son mujeres residentes en otros municipios, que no encuentran allí la misma calidad de atención.

El mayor obstáculo para el acceso al ILE es la edad gestacional. Ni el Código Penal ni el Protocolo ponen un límite al aborto por edad gestacional, pero la práctica médica hace de esto el límite de la atención, sin argumentos explícitos. Este límite además se genera en el segundo nivel de atención, el hueso duro de roer. Esto se debe a que los protocolos hablan de aborto ambulatorio hasta la semana 12 de gestación, y posteriormente, recomiendan internación. La internación en segundo nivel para un aborto es lo difícil de conseguir. Aunque los efectores de primer nivel enmarquen el ILE, el segundo nivel re-evalúa la situación y se puede negar a la atención, sin dar una respuesta por escrita. Aunque no hay objetores de conciencia registrados en el municipio, la objeción se manifiesta en un: “acá no”, intentos de convencer a la mujer de que siga el embarazo, maltrato, y otras acciones para hacer desistir tanto a mujeres como efectores de primer nivel, a derivar casos.

8 Eso era parte de la política municipal hasta el 2015. Con el cambio de gestión, la secretaría de salud de Morón ya no compra la medicación, lo que significa un retroceso en las políticas de salud sexual.

Esto es en parte una negación de atender a las mujeres, y además, converge en la disputa de quién tiene el conocimiento legítimo en la salud, en la enfrenta (clásica para quienes trabajan en el sistema) entre primer nivel de atención (salas de salud) y segundo y tercer nivel (Atención hospitalaria). Ante estos obstáculos del segundo nivel, los CAPS de Morón lograron acceder al AMEU⁹. Se capacitaron a dos médicos/as para usar el instrumental, en caso de falla de misoprostol, y de esta forma podían realizar las interrupciones hasta la semana 13,6 de gestación, sin depender del segundo nivel de atención.

En Bahía Blanca, el acceso a las interrupciones legales se daba sólo a nivel hospitalario, y en primer nivel de atención estaban empezando a capacitarse, y algunos efectores de salud estaban haciendo consejerías en reducción de riesgos y daños.

Tanto en Bahía Blanca como en Morón, algunos efectores manifestaron tener vínculos con organizaciones de mujeres, y en especial, con grupos que acompañan y dan información sobre uso de medicación, lo que es una alianza estratégica para la atención de las mujeres.

IV Conclusiones. Algunas ideas para el debate

El monitoreo social supone una buena práctica por un lado de los organismos de gobierno y por el otro de las organizaciones de la sociedad civil. En el caso de estas últimas genera un proceso instituyente que le otorga poder a las mujeres para la realización de una vigilancia social de sus derechos. En ese sentido se constituye como una buena práctica para las organizaciones: por un lado no solo les permite chequear el acceso a sus derechos sino que produce un efecto formativo y cuestionador al interior de las propias organizaciones. En nuestro trabajo intentamos mostrar como se dio el proceso de capacitación a monitoreantes, como produjeron no solo los datos e información sino también la reformulación de las propias herramientas. En una segunda fase se capacitaran nuevas monitoreantes con el objetivo que quede como capacidad instalada a desplegar mas alla del tiempo de ejecución del proyecto.

Sin lugar a dudas hay ciertas condiciones necesarias para poder desplegar el monitoreo social: existencia de una legislación que permita el acceso y sobre la que es importante realizar una vigilancia en su aplicación a través de programas y/o regulaciones. La existencia de los mismos no supone su implementación. Por otro lado es clave no solo la existencia de regulaciones nacionales sino políticas locales y/o municipales que comprometan a las autoridades a la formulación de programas, al otorgamiento de recursos (materiales y humanos) y a su monitoreo y evaluación. Este punto es clave porque supone el compromiso de manera mas cercana y amigable en un territorio de conocimiento para todos los implicados en el programa de aplicación de ILE.

En relación a las mujeres monitoreantes fue clave la capacitación, la propia experiencia, los

⁹ Aspiración manual endouterina. Dispositivo que permite la evacuación del contenido uterino con una bomba. No requiere anestesia total, y se puede hacer en consultorio, sin necesidad de internación.

grupos focales al final de la tarea y la reunión general de todas las monitoreantes de las tres provincias para plantear sus dudas, conclusiones y aportes de modificaciones. Ellas han sido, por otro lado, el enlace clave con los/as trabajadores de la salud, las mujeres que asisten a los servicios y los tomadores de decisión.

En particular detectamos una dificultad significativa para la aplicación del protocolo, fundamentalmente en Bahía Blanca. Los profesionales, además de su propia formación moral y/o religiosa, ideológica, desconocían en su amplia mayoría las regulaciones que estaban obligados a cumplir. Se solicitó de manera urgente capacitación legal sobre la cuestión. En el caso de Morón, debido a una política pública municipal, este escollo estaba sorteado y encontramos profesionales con mucho conocimiento y compromiso. Aquí detectamos la importancia de la capacitación del personal administrativo y de enfermería.

Respecto de las usuarias nos encontramos con situaciones diversas: desconocimiento de MAC, reconocimiento de profesionales amigables, acceso por historia familiar y/o boca a boca sobre buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.

Por ello consideramos importante algunas primeras consideraciones:

- 1) Marco legal apropiado, tanto a nivel nacional como provincial y local.
- 2) Formación de trabajadores de la salud en el marco legal que los ampara y exige para el cumplimiento de su función.
- 3) Capacitaciones a grupo de mujeres monitoreantes que a su vez pertenecen a organizaciones territoriales de mujeres de la propia región a monitorear.

Sobre esto, llegamos a unas primeras conclusiones acerca de la importancia de, por un lado, profesionales de la salud capacitados/as en el tema, y sensibilizados/as con los derechos de las mujeres y los servicios de salud como unidades en donde todos/as sus trabajadores/as tienen un rol activo para garantizar los derechos, pero también acerca necesidad de la difusión y apropiación de las mujeres de sus derechos, para el acceso a las interrupciones legales del embarazo y métodos anticonceptivos.

Bibliografía

- Aizenberg L., Frechia M., Gutiérrez MA., Maffeo F. (2016) *Informe de Monitoreo en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Formosa*, mimeo.
- Canevari Bledel, Cecilia (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*, Santiago del Estero: Barco Edita.
- Cerezo, L. y Fernández Prieto, A. (2011). Manual de planificación, monitoreo y evaluación. Programa Remediar. Buenos Aires: Ministerio de Salud de 120 Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales la Nación. Consultado el 14 de julio de 2012. Disponible en la Web de Programa Remediar:

<http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/manual%20Monitoreo.pdf>

- Checa S, Schwartzman. E., Erbaro C. (2015) *Calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes desde la perspectiva de géneros y derechos en servicios de salud adolescente de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires*, <http://cdsa.academica.org/>
- De Virgilio María Mercedes y Solano Romina (2012) *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*, Buenos Aires, Fundación CIPPEC
- Donabedian, A. 1990. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Perspectivas en Salud Pública, Méjico: Instituto de Salud Pública.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. 2000. *Manual para evaluar la calidad de atención desde una perspectiva de género*. Nueva York: IPPF/WHR.
- Gutiérrez María Alicia (2005) "La imagen del cuerpo. Una aproximación a las representaciones y prácticas en el cuidado y la atención de la salud" en Lohana Berkins- Josefina Fernandez-Coords. (2005) *La gesta del nombre propio Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*, Buenos Aire: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Matamala Marisa (1995) "Calidad de la atención. Género ¿Salud Reproductiva de las mujeres?" Santiago de Chile: COMUSAMS-ACHNU
- Ramos S. Petracci M. Szulik D *Políticas públicas y salud reproductiva: la experiencia del monitoreo del programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, CEDES, <http://www.redaepa.org.ar/>

Páginas web consultadas

www.conders.feim.org.ar Visitada 18 de julio de 2016.

<http://www.abortolegal.com.ar/>. Visitada 20 de julio de 2016.

<http://cdsa.academica.org/> visitada 18 de julio de 2016.

<http://www.redaepa.org.ar/> visitada 20 de junio de 2016