

Política de aborto en San Juan. Experiencias y desafíos a partir de su legalización

Abortion policy in San Juan. Experiences and challenges after legalization

Yanina Edith Iturrieta*

Resumen

El presente trabajo constituye una aproximación a las experiencias de acceso al aborto legal en la provincia de San Juan, a pocos meses de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el país. Se trata de una provincia caracterizada por cierta vacancia en políticas sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. En este contexto, conocer cuáles son las condiciones de acceso a los abortos legales, qué estrategias implementan profesionales, activistas y/o usuarias, y qué obstáculos o facilitadores encuentran es un aporte para mejorar el acceso a estos derechos. El trabajo se basó en una estrategia metodológica cualitativa, a partir de entrevistas individuales y grupales a tres fuentes: militantes feministas, profesionales de la salud y personas que accedieron a un aborto.

Palabras clave: política de aborto, accesibilidad, legalización, San Juan

Abstract

This paper is an approach to the experiences of access to legal abortion in the province of San Juan, a few months after the passing of Voluntary Termination of Pregnancy Act (Ley IVE) in the country. This is a province characterized by a certain lack of policies on sexual, reproductive and non-reproductive rights. In this context, to know what the conditions of access to legal abortions are, what strategies are implemented by professionals, activists and/or users and what obstacles or facilitators they encounter means a contribution to improving access to these rights. The work was based on a qualitative methodological strategy, based on individual and group interviews with three types of sources: feminist activists, health professionals and people who had an abortion.

Keywords: abortion policy, accessibility, legalization, San Juan.

*Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan.- CONICET- Integrante de Las Hilarias Socorristas en Red. Correo electrónico: yani.iturrieta@gmail.com
Recibido: 14/07/2021 Aceptado: 15/09/2021 Publicado: 08/04/2022
<https://doi.org/10.24215/18522971e098>

Introducción

En las últimas décadas, las demandas iniciadas por distintas personas que requerían un aborto, la difusión pública, judicialización y politización de esos casos y las movilizaciones crecientes de organizaciones feministas, desencadenaron un proceso social tendiente a ampliar el acceso a los abortos contemplados en la ley. En rigor, desde el último retorno democrático de 1983 hasta fines de 2020 el Código Penal se mantuvo intacto con relación al aborto. No obstante, se produjeron distintas normas jurídicas y procedimentales que fueron estableciendo una interpretación amplia del marco legal de causales y, en consecuencia, mayor acceso al aborto en ciertas regiones del país (Bergallo, 2016; Fernández Vázquez, 2017).

En diciembre de 2020, luego de una larga trayectoria de lucha social que tuvo como protagonista al movimiento feminista, el Congreso Nacional Argentino aprobó la Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE). Así, quedó establecida la legalidad del aborto en Argentina hasta las 14 semanas de gestación. Más allá de ese plazo, es decir, sin límite de edad gestacional, el aborto es legal en las dos causales de salud y violación que eran contempladas en la legislación anterior.

La legalización del aborto, así como los cambios normativos sucedidos con anterioridad, constituyen aspectos jurídicos de la política de aborto. Tomando los aportes de Sonia Fleury (2002) sobre políticas sociales, entendemos que la política de aborto se conforma a partir de un proceso en el que se establece un campo de lucha por la definición del contenido mismo de la política. Allí se problematiza, tematiza y conceptualiza tal asunto social, se construyen consensos, se disputan sus formas de resolución, se consolida e institucionaliza normativamente alguna de ellas y luego se implementa la norma consensuada, con mayor o menor efectividad. Por supuesto, no se trata de un recorrido lineal ni progresivo, sino de un proceso complejo con avances y retrocesos.

La modificación en el marco jurídico del aborto plantea nuevos desafíos, particularmente en aquellos territorios con graves obstáculos en el acceso a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos (Brown, 2008). El nuevo escenario legal podría indicar mayor accesibilidad y mejores circunstancias para el ejercicio del derecho al aborto, especialmente en el ámbito de las instituciones de salud. Sin embargo, como señala Renata Hiller (2011, p. 70), existe un hiato entre legalidad y prácticas sociales, ya que los efectos de la ley no son inmediatos ni resultan en una aplicación exacta de lo que el texto de ley indica. A partir de esto, en este trabajo indagamos las condiciones y posibilidades de acceso al aborto legal en San Juan,

prestando atención a los relatos de personas que abortaron en este contexto, de profesionales de la salud y de militantes feministas.

Consideraciones metodológicas

Este trabajo forma parte de las primeras etapas en el desarrollo de la tesis doctoral de la autora sobre políticas de aborto en San Juan. Se trata de una investigación que continúa y profundiza la línea de investigación iniciada para la obtención del título de Licenciatura en Sociología (UNSJ). Allí analizamos las experiencias de mujeres que abortan en San Juan acompañadas entre 2016 y 2018 por Las Hilarias. El interés en el tema de investigación está orientado, en parte, por la participación de la autora como investigadora y militante de Las Hilarias. Dicha agrupación integra la organización Socorristas en Red, formada por 60 colectivas distribuidas en el país, que produce y difunde información sobre aborto, y acompaña a quienes deciden abortar.

Así enmarcado, el artículo constituye una primera aproximación exploratoria a un objeto de estudio en construcción. Es decir que los análisis y reflexiones que aquí incluimos no apuntan a constituir generalizaciones sino a dar cuenta del proceso de legalización producido en el contexto situado de San Juan y de algunas experiencias concretas y recientes en su implementación, atendiendo a sus diversas características.

Para su producción establecimos una estrategia metodológica cualitativa. Entre 2020 y 2021 se realizaron entrevistas semiestructuradas, individuales y grupales, a tres fuentes: profesionales de la salud, militantes feministas integrantes de Las Hilarias y personas solicitantes de aborto que accedieron a una IVE en el sistema de salud. De éstas últimas, algunas participaron de talleres informativos con Las Hilarias. En dichos talleres, las socorristas comparten información sobre cómo realizar un aborto con los cuidados necesarios, ya sea que las personas interesadas opten por solicitar el acceso al aborto en un centro de salud o que decidan gestionarlo por su cuenta.

Las entrevistas fueron analizadas en base a la selección de fragmentos discursivos significativos. Éstos fueron tematizados, codificados y agrupados en dimensiones para su análisis (Gibbs, 2012). Los análisis son complementados con reflexiones de la autora elaboradas a partir de la propia experiencia como militante, acompañante de personas que abortan y participante de instancias de debate con integrantes otras organizaciones y articulaciones feministas, como son la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a

Decidir, la Mesa provincial por el derecho al aborto, el Consejo Consultivo de la Mujer, entre otras.

La construcción de legalidad en San Juan

Como señalamos, la legalización es parte de un proceso signado por luchas sociales en las que diversos actores/actrices, desde posiciones y en condiciones desiguales, disputan el modo de definir el problema del aborto y sus estrategias de resolución. Desde esta lectura podemos comprender que la legalización no ocurre de la noche a la mañana, sino que se construye en este proceso (Ramón Michel & Ariza Navarrete, 2018). En el mismo sentido, la implementación de la IVE no ocurre en el vacío, sino que se sirve de un cúmulo de experiencias sociopolíticas e históricas. Los diálogos, vinculaciones estratégicas, presiones y disputas entre los movimientos feministas y distintos/as funcionarios/as y trabajadores/as estatales, son transversales a la política de aborto y constituyen un factor fundamental en el establecimiento de sus limitaciones como de sus potencialidades. En San Juan, las experiencias de acceso al aborto fueron sostenidas principalmente por organizaciones feministas y sus vinculaciones con profesionales de la salud. A continuación, desarrollamos cómo se fue construyendo la legalidad del aborto en las condiciones particulares de esta provincia, previo a la sanción de la Ley IVE.

Para comenzar debemos señalar que, hasta la sanción de la Ley de IVE y a diferencia de otras provincias del país, en San Juan no hubo adhesión a políticas públicas nacionales -tales como el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) - ni elaboración de políticas provinciales para el acceso a abortos legales por causal salud o violación. Además, en 2012 se establece la prohibición de la venta de misoprostol en farmacias a través de un decreto provincial (Ley 1133-Q, 2012). Esta normativa posicionó a la provincia en la única, junto a Mendoza, con una restricción de este tipo en todo el país. También, los gobernantes de San Juan frenaron –por acción u omisión- durante 9 años la implementación de la Ley 26.485 de Protección integral a las mujeres y durante 12 años la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral. En conjunto, estas condiciones dieron forma a una serie de dificultades y obstáculos no sólo para acceder a un aborto legal sino también para conformar equipos de profesionales de la salud garantes de ILEs (en adelante equipos ILE), en los casos en que existía la intención desde los/as profesionales.

Parte de estas circunstancias salieron a luz a partir de la mediatización y judicialización de una serie de casos de solicitudes de abortos sucedidos entre 2017 y 2019, cuyas protagonistas

fueron menores de edad víctimas de abuso sexual. La exposición mediática se sumó a las múltiples violencias institucionales que el sistema sanitario de la provincia impuso sobre las niñas y adolescentes. En cada caso, los movimientos sociales permanecieron en estado de alerta y movilización exigiendo que la situación se resuelva. Algunas de sus exigencias fueron: el respeto por la privacidad y confidencialidad; la celeridad en el tratamiento del aborto; el uso de procedimientos adecuados a la situación de las niñas/adolescentes, evitando legrados, microcesáreas así como todo procedimiento de intervención innecesario e invasivo.

Al respecto, una de las profesionales de salud entrevistadas señala que, una vez que se realizó el primer aborto legal, los que siguieron fueron menos problemáticos, aunque no menos mediatizados y cargados de violencias simbólicas e institucionales. En tal situación, lo que se puso en disputa es la interpretación de los alcances del Código Penal en su artículo 86. O, más bien, la posibilidad del Estado Provincial de adoptar una interpretación amplia sobre el marco legal del aborto que, desde el fallo “F.A.L s/medida autosatisfactiva” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012), se venía instalando en el territorio nacional.

Podría decirse que, aunque con un sesgo victimizante, en los casos de niñas y adolescentes víctimas de abuso se fue conformando, social y normativamente, una “sensibilidad despenalizadora”. Con este término, acuñado por la docente y activista de Socorristas en Red Ruth Zurbriggen (2018), se intenta dar cuenta de los efectos afectivos de las movilizaciones feministas, principalmente a partir del debate de 2018, en el conjunto de la sociedad. Estos efectos tienden a significar el aborto ya no como un crimen, sino como una necesidad de las personas gestantes sobre la que es necesario construir derechos para aspirar a circunstancias de vida más justas.

Así, previo a la sanción de la IVE, algunas barreras para acceder al aborto fueron la conformación de circuitos burocráticos para solicitar un aborto –en ocasiones incluyendo su judicialización-, la negación de información o la desinformación respecto del aborto y sus consecuencias, la incitación a cambiar de decisión y dar continuidad al embarazo, la expulsión del sistema de salud como consecuencia de las anteriores. Con relación a las experiencias de profesionales de la salud, encontramos la falta de apoyo institucional, la descalificación entre pares por estar a favor del aborto o trabajar en la atención de abortos, la derivación entre profesionales de la salud sobrecargando a quienes garantizan la práctica, entre otras.

Un escenario insólito que facilitó la conformación de los primeros equipos de ILE en San Juan, fue la pandemia. El advenimiento de las restricciones a la circulación y las medidas de aislamiento por el Covid 19 a partir de marzo de 2020, dificultaron la autogestión de abortos,

especialmente en aquellos lugares donde no existía posibilidad de comprar la medicación en farmacias, como San Juan. En este contexto, el establecimiento de las ILEs como servicio esencial por parte del Ministerio de Salud de la Nación, sumado a las alianzas de las organizaciones feministas con trabajadoras estatales, permitieron avanzar en estrategias tendientes a ampliar el acceso a ILEs en lugares donde no se implementaba y afianzar los servicios ya existentes.

Es en este marco que las organizaciones feministas y de profesionales de la salud de San Juan se abren camino para conformar los primeros equipos de ILE locales, que funcionarían en tres centros sanitarios haciendo posible el acceso al aborto legal. Además, desarrollaron ciertas estrategias para facilitar el acceso al aborto a quienes lo requerían. Entre ellas la difusión de: información sobre el marco legal de la ILE; de la línea de atención pública 08002223444 de Salud Sexual dispuesta por el Ministerio de Salud de la Nación (en adelante 0800) para informar cómo acceder a una ILE y realizar seguimientos de las solicitudes de aborto recepcionadas; de la línea telefónica de Las Hilarias. Dichas articulaciones entre feministas y profesionales permitieron que, en aquellos casos de personas que se comunicaron con Las Hilarias, fueran acompañadas por éstas en su proceso de ILE en un centro sanitario donde se respeten sus necesidades.

Sobre la base de este proceso se fue construyendo la legalidad del aborto en San Juan. Por esto, con todas las dificultades que implicó, el 2020 fue la antesala inesperada para la actual implementación de la IVE en San Juan.

Los primeros meses de implementación de la IVE en San Juan.

Este texto se escribe a mediados de 2021, cuando apenas han pasado seis meses de la aprobación de la Ley de IVE. Por lo que las apreciaciones que incluimos en este apartado no resultan de ningún modo concluyentes. Sin embargo, consideramos que los primeros meses de implementación de la Ley de IVE pueden resultar significativos ya que nos permiten visualizar ciertos aspectos que funcionan como facilitadores para el acceso, así como también aquellos que presentan dificultades.

Entendemos la accesibilidad como el vínculo que se construye entre sujetos y servicios “a partir de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Comes et al., 2007, p. 203). Desde este enfoque,

mencionamos a continuación las principales características de las experiencias de acceso a la IVE en San Juan.

1.1 La comunicación de las políticas

En primer lugar, hasta el momento no existe una campaña oficial sistemática para difundir la política pública de aborto en la provincia entre la población. Recién a mediados de junio se elaboraron afiches desde Salud Pública de San Juan. La leyenda de los mismos relata: “Ley 27610. Garantiza que toda mujer o persona gestante pueda acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo dentro de las 14 SEMANAS DE GESTACIÓN” [las mayúsculas corresponden al afiche]. También incluyen vías de contacto para solicitar asesoramiento: la línea 0800 y el correo electrónico de la Dirección de Salud Sexual del Ministerio de Salud de Nación, y un número de WhatsApp del Ministerio de Salud provincial, habilitado desde entonces. Los afiches no indican qué sucede si la gestación es mayor a quince (15) semanas. Si bien se trata de un cartel informativo donde prima la economía de las palabras, lo que se omite no es información secundaria sino parte del alcance del derecho al aborto legalizado. En conversación con profesionales de la salud de distintos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) mencionaron que los afiches fueron entregados a los/as Jefes/as de Zona, pero que éstos/as “no los envían, ni avisan”, por lo deben ir las mismas profesionales a reclamarlos para poder pegarlos en los CAPS en que trabajan.

Frente a la escasa difusión oficial del derecho al aborto, desde comienzo de año un grupo de profesionales de la salud han tenido que poner en marcha sus propias estrategias de difusión. Nucleadas en la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, y en vinculación estrecha con Las Hilarias Socorristas en Red y la Mesa provincial por el aborto legal¹, algunas de las acciones que llevaron adelante son: la creación de un correo electrónico de contacto, su inclusión en el recursero elaborado por la Red de profesionales a nivel nacional y su difusión en distintos materiales gráficos y audiovisuales en el marco de campañas de comunicación coordinadas desde la Mesa. Incluso, frente a la falta de folletería para orientar la atención de personas solicitantes de aborto provista por el Ministerio de Salud, varias de las

¹ La Mesa provincial por el aborto legal surge como parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, seguro y gratuito (en adelante nos referiremos a estas organizaciones como Mesa y Campaña, respectivamente). Sin embargo, no responde a sus lineamientos de esta articulación y tiene una dinámica propia y local, en ocasiones en consonancia con las propuestas nacionales de la Campaña y en otras no.

profesionales utilizaron los folletos de Socorristas en Red que incluyen una guía paso a paso sobre cómo abortar con medicamentos.

En resumen, existen escasos recursos elaborados para comunicar la Ley por parte de las autoridades provinciales. Además, elaborar materiales no indica su distribución a todos los centros de atención sanitaria. Su producción escasamente se difunde entre los sectores sanitarios. Por último, son las profesionales (en su mayoría mujeres) que garantizan abortos las que deben movilizarse por sus medios para solicitar material, buscarlo y difundirlo.

Entendemos que el acceso al aborto no depende únicamente de la disponibilidad de información, lo que implicaría definirla “desde la oferta” (Comes et al., 2007). Conocer los derechos no indica que las personas vayan al centro de salud a solicitar o exigir un aborto conforme la ley lo establece. Disponerse a hacerlo depende de otros factores, cuyo abordaje excede este trabajo, relacionados con prácticas de vida, representaciones, recursos materiales y simbólicos que van configurando el modo en que los sujetos participan en la construcción de accesibilidad. Sin embargo, la disponibilidad o no de información sobre un derecho adquirido condiciona su ejercicio, pues difícilmente pueda reclamarse lo que no se considera como posibilidad.

1.2 Acciones estatales para garantizar la atención de abortos legales. Una política oficiosa

Otro nudo problemático refiere a las acciones –u omisiones- estatales para garantizar que las entidades que participan en alguna de las etapas de atención de solicitudes de aborto brinden de forma efectiva el servicio que les corresponde. Recientemente adquirió notoriedad la dificultad para acceder a la cobertura de la IVE en las obras sociales, a raíz de la solicitud de una persona que fue mediatizada nacionalmente y en la que operaron múltiples violencias. Pero también existe este problema en la venta de medicación para abortar en las farmacias, la atención de los servicios ecográficos, el establecimiento de equipos de IVE en los hospitales y centros de salud públicos.

Una de las dificultades en estas situaciones es la comunicación informal o solapada que establecen las autoridades provinciales con los servicios. Principalmente cuando se trata de un asunto como el aborto sobre el que gran parte de los/as funcionarios/as locales se ha expresado en contra, y que suscita diferentes valoraciones en la opinión pública. Esto constituye un modo de hacer que de ninguna manera es exclusiva a las IVEs. De hecho, en el abordaje de solicitudes

de ILE durante la pandemia fue notable una directiva que, no sin dificultades, hacía primar el “dejar hacer”, pero cuidando que nadie se entere. El problema, o uno de ellos, pareciera ser que San Juan sea reconocido en el ámbito público por viabilizar solicitudes de aborto.

En relación con estas modalidades estatales es que interpretamos la elaboración de un Comunicado de Salud Pública, dirigido a farmacias y droguerías a finales del mes de marzo, para habilitar el expendio de misoprostol, sujeto a prohibición por la Ley 1133-Q. La forma de comunicar la decisión fue entregando fotocopias del comunicado a farmacias y obras sociales de la provincia. Mientras, en el Digesto Jurídico de San Juan la Ley 1133-Q figura en vigencia y no se ha publicado resolución alguna referida a esta situación en ningún medio oficial.

Consideramos que estas evasivas a hacer público el derecho al aborto, responden a formas oficiosas de implementar las políticas públicas. Al respecto, retomamos los argumentos de Pecheny (2005), en diálogo con Boltansky, para señalar la insistencia de la clase política sanjuanina en mantener una separación entre un mundo oficial, público y un mundo oficioso, privado. Claramente, el aborto se ubica dentro del mundo de lo oficioso e invisibilizado. Para este investigador, tal distinción da cuenta de “la tensión que existe entre la imposibilidad [o dificultad, principalmente de la clase política], de legitimación última del aborto – limitada a una legitimación como “mal menor” – y la ubicuidad de su práctica” (p. 9).

A partir de estas consideraciones, entendemos que la legitimidad del derecho a abortar no se limita a su aspecto jurídico, sino que incluye dimensiones políticas, culturales y sociales. Esa legitimidad hoy se encuentra en disputa. En esta disputa, hoy resulta insoslayable el debate social de los últimos años. Al respecto, Lucaccini, Zaidan y Pecheny (2019) sostienen que dicho debate “expandió las fronteras de lo “decible”, es decir, de lo público”, sacando el aborto de “lo privado u oficioso, de lo natural e instalado en el mundo de lo necesario (que no podría ser de otra manera), para irrumpir en lo público político, en lo social e histórico, en lo contingente (que podría ser de otra manera y que debería ser de otra manera)” (p. 260).

En este sentido, los colectivos feministas, que desde hace décadas intervienen en el escenario público consolidando un discurso alternativo sobre el aborto, disputan legitimidad. Inciden en esa sensibilidad despenalizadora que mencionamos antes, intentando avanzar desde una legitimidad limitada al “mal menor”, con un sesgo victimizante hacia quienes abortan (en donde solo se justificaría abortar para quien es víctima), hacia formas que reconozcan otras existencias, necesidades y deseos como soportes de esa decisión. Tensionan los sentidos estigmatizantes en torno al aborto y tienden a posicionarlo como una práctica habitual que responde a las necesidades de quien lleva adelante una gestación. Desde aquí, el aborto requiere

ser reconocido como ese poder de quien decide realizarlo (Klein, 2013, p. 305), pero un poder relacional, arraigado a un proyecto de vida propio y a la vez en relación con un entorno social, afectivo, material, económico.

1.3 Aplicación de guías, protocolos y leyes para la atención de abortos en San Juan

Cuando una persona decide abortar y solicita atención en el sistema de salud, inicia un circuito más o menos estandarizado. Por lo general, este circuito se corresponde con las recomendaciones establecidas en los Protocolos o Guías de atención elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación. Se trata de normas procedimentales que, previo a la aprobación de la IVE, sirvieron de modelo de atención y también de respaldo oficial en varias regiones del país para garantizar el acceso a ILEs bajo el modelo de causales (Fernández Vázquez, 2017). Pero, como se ha señalado antes, hasta diciembre de 2020 nunca se aplicó este tipo de normativas en San Juan.

La ausencia de protocolos fue la excusa permanente de sectores contrarios al aborto, principalmente dentro del sistema de salud, para impedir los abortos legales y reforzar la idea de que ningún aborto era permitido en el marco legal por causales. Con la Ley de IVE esto cambió y las autoridades de instituciones sanitarias se vieron en obligación de atender solicitudes de aborto.

Al respecto entendemos que la ley aporta precisión al derecho que establece, respaldando la exigibilidad de las protagonistas de ese derecho, es decir, las personas que necesitan abortar. En cambio, las normas procedimentales e incluso el fallo “F.A.L” no lograron establecer una interpretación unívoca sobre las causales de no punibilidad del aborto entre los ejecutores de la política local, por lo tanto, el acceso al mismo quedó librado a la buena voluntad de un puñado de profesionales sanjuaninas. Es decir que, a diferencia de lo que señala Fernández Vázquez (2017) para la región Metropolitana de Buenos Aires, los abortos no punibles no lograron resignificarse como un derecho entre los decisores políticos de la provincia de San Juan.

Por otro lado, con la aprobación de la Ley IVE y ante la obligatoriedad de la provincia de adecuarse a la norma, desde enero se esperaba una medida oficial que establezca las pautas de atención y que garanticen el cumplimiento del derecho al aborto. La demanda de un protocolo era elaborada principalmente por organizaciones feministas y profesionales de la salud a favor del aborto, pero también por autoridades de instituciones médicas que

comenzaban a recibir solicitudes de aborto. A fines de marzo la Dirección de Materno Infancia del Ministerio de Salud Pública de San Juan, envía un flujograma sujeto a revisión donde establece el proceso estándar de acceso a la IVE/ILE. El mismo fue elaborado en base al protocolo de la Provincia de Buenos Aires, que fue el primero en publicarse una vez promulgada la Ley 27610. Aquel pretendía ser un documento provisorio hasta tanto el Ministerio de Salud de la Nación (Msal) publique un protocolo de carácter nacional, que se hizo esperar hasta finales del mes de mayo.

Con todo, el proceso de atención de abortos está en marcha. En dicho proceso encontramos algunas dificultades y desafíos que refieren a ciertas prácticas de profesionales de la salud. Entre ellas destacan los estudios complementarios solicitados, concretamente la ecografía; los procedimientos de aborto disponibles; las indicaciones médicas sobre dichos procedimientos; el uso de la objeción de conciencia y lo que llamaremos objeción de conciencia parcial. Prestar atención a estas dificultades podría contribuir a mejorar las prácticas profesionales y la experiencia de las personas que abortan en el sistema de salud. A continuación, ahondamos en ellas.

4.4 Tecnologías de visualización

Como establece el marco legal del aborto, a excepción de quien interviene directamente en la práctica, el personal de salud no puede negar la atención a quienes soliciten un aborto (Ley 27.610, Art. 10). Esto incluye a quienes realizan estudios ecográficos que, independientemente de su posición respecto a la práctica, deben prestar su servicio en los términos que establece la Ley.

Aunque cada vez menos, advertimos que la ecografía suele ser un estudio instalado por el personal médico como requisito para acceder un aborto. Pero los protocolos de aborto indican lo contrario, es decir, que la ecografía no es un estudio de rutina y que, de no estar disponible, no puede representar un obstáculo para el aborto (Msal, 2021, p. 56).

Por su parte, quien tiene que hacerse la ecografía, por lo general no intentará evitarlo, ya sea porque se ve obligada por el requerimiento médico o porque reconoce la necesidad del informe para conocer algún aspecto del embarazo que no puede conocer de otro modo. Pero en ocasiones la ecografía puede generar temores, incomodidades o tensiones. El problema en estos casos no es el estudio en sí, sino la atención que brinda el personal de salud. Al respecto, una profesional de salud menciona haber tenido que idear una estrategia para garantizar un trato

adecuado para sus pacientes al momento de la ecografía. Para ello decidió acompañar a quien solicita un aborto durante la realización de la ecografía, implicándose en ese recorrido de forma excepcional, ya que no es algo que realice en otro tipo de consultas.

¿Qué tiene la ecografía de particular que requiera ciertos miramientos? Siguiendo a Vacarezza (2013), la ecografía puede entenderse como una tecnología de visualización intrauterina que viabiliza una operatoria del poder discursivo hegemónico. Este tipo de tecnología, que la autora analiza a partir de imágenes y consignas que despliegan grupos contrarios al aborto², facilita la producción de discursos que construyen al feto como entidad con carácter de persona: un sujeto independiente de la persona embarazada, a la que suprimen como existencia biosocial e histórica reduciéndola a un mero vientre desubjetivado (p. 212). Además, “refuerzan el discurso dominante según el cual un embarazo constituye de manera automática a la mujer en “mamá” y al producto de la concepción en un “hijo”” (p. 214). La dinámica que se despliega al momento de la ecografía es susceptible de tomar esta forma, ya que permite instalar esos significados pudiendo generar efectos negativos, como culpa o temor, en las personas gestantes, aun cuando éstas los contradicen en la práctica llevando adelante el aborto³.

A partir de los relatos de personas que abortan, de personas que acompañan a quienes abortan, y de profesionales de la salud, podríamos aportar algunas pautas deseables para el momento de la ecografía, pero que valen para la atención sanitaria en general con relación al trato hacia las personas gestantes. Entonces, sería adecuado que el personal de salud no suponga un destino previo para la persona embarazada, atado a la continuidad del embarazo, lo que refuerza estereotipos hegemónicos del tipo embarazo-maternidad. Con relación a esto, que evite establecer un lazo afectivo entre la persona gestante y el producto del embarazo, por ejemplo, llamándola “mamá”. Que no exprese opiniones valorativas sobre la gestación, como felicitar a la gestante. Y que considere la posibilidad de que esa persona no quiera ver imágenes ni escuchar sonidos durante la ecografía, dándole la opción previa a elegir cómo quiere ser atendida.

4.5 Procedimientos e indicaciones médicas para abortar

² Vacarezza se enfoca en las estrategias desplegadas en el activismo contrario al aborto, particularmente en la circulación de imágenes y consignas que posicionan a los fetos como protagonistas del embarazo. La autora señala que “estos mensajes buscan crear lazos emocionales de empatía y protección con el feto (representado como “persona”, como “niño” y como “bebé”) al mismo tiempo que promueven el terror respecto del aborto y sentimientos de repulsión hacia las mujeres que abortan” (2013, p. 210).

³ La experiencia de las gestantes durante la ecografía ha sido analizada en la tesis de grado inédita de la autora.

Según el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, los procedimientos para realizar un aborto “dependen de la edad gestacional, las preferencias de la persona gestante y las posibilidades del centro asistencial” (Msal, 2021, p. 57). A continuación, mencionamos los procedimientos usados de acuerdo a las semanas de gestación y, posteriormente, las indicaciones médicas para el uso de misoprostol.

De acuerdo con las indicaciones del Protocolo, los abortos de menos de doce (12) semanas no requieren internación. En estos casos, en la consulta inicial se indica el método de aborto con medicamentos. Si bien el Protocolo recomienda el uso del medicamento mifepristona para un tratamiento más corto, menos doloroso y más efectivo, éste aún no se encuentra disponible en las instituciones sanitarias, siendo el misoprostol el único indicado hasta el momento.

En la primera consulta, por lo general, se entrega la medicación junto con recomendaciones para su uso. La disponibilidad de medicación en los consultorios de salud ha sido motivo de pujas entre profesionales de la salud y autoridades ministeriales ya que, en los primeros meses de implementación de la Ley, las trabajadoras de la salud debían buscarla por sus propios medios en el Área de abastecimiento del Ministerio de Salud. Actualmente, en cambio, hay stock de medicamentos en las farmacias de aquellos CAPS que cuentan con equipos IVE.

Si el primer tratamiento de aborto con medicamentos falla, si existe alguna condición de salud por la que no pueda usarse medicación o si la gestación es de trece (13) o catorce (14) semanas, se deriva a la persona a una institución de mayor complejidad. El flujograma de implementación de la IVE en San Juan indica que a partir del segundo trimestre de gestación las solicitudes de aborto deben tratarse en el Nivel III de complejidad, que corresponde al Hospital Dr. Guillermo Rawson y el Hospital Dr. Marcial V. Quiroga. Pero, durante la primera mitad del año, el único establecimiento al que pudieron derivarse estos casos es el Hospital Rawson debido a la ausencia de equipo en el Hospital Marcial Quiroga⁴.

En el Hospital Rawson todos los procedimientos son con internación, pudiendo indicarse el método medicamentoso, el legrado o la combinación de ambos, es decir, comienza

⁴ A inicios de 2020 el personal del Marcial Quiroga se declaró objetor de conciencia. Este hecho fue seguido de la renuncia de la Directora del Hospital, la asunción de un nuevo Director, el traslado de una médica que integraría un equipo IVE/ILE en esa institución. Sin embargo, a mediados de año aún no se ha conformado este equipo.

con el uso de medicación y finaliza el proceso con un legrado. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, más allá de que sea necesario o no, el procedimiento concluye con un legrado. En diálogo con profesionales de la salud, esta situación responde a una práctica rutinaria basada en la concepción médica de evitar que la paciente se vaya con un aborto incompleto y ante la posibilidad de que no vuelva a un control posterior. El supuesto es que la persona abortante no cuidaría adecuadamente de su salud por su propia cuenta, por lo tanto, el personal médico debe intervenir mientras el procedimiento esté bajo su control y la internación en el ámbito hospitalario permite este arbitrio.

La posibilidad de optar por un AMEU es remota. Este procedimiento instrumental de aspiración endouterina manual o eléctrica, podría ser realizado en consultorio en gestaciones menores a catorce (14) semanas sin requerir internación, salvo situaciones particulares. Es un procedimiento con posibilidades mínimas de complicación. Por esto es recomendado para reemplazar el raspado o legrado uterino, práctica que conlleva numerosos riesgos y que es considerado un método obsoleto por la Organización Mundial de la Salud (2012).

Los motivos señalados para no usar AMEU apuntan a la falta de formación médica en procedimientos de aborto; la escasa disponibilidad del instrumental para realizar AMEUs; con relación a esto último, las dificultades para mantener el instrumental en condiciones de ser reutilizado, principalmente por el tiempo requerido cuando son pocos instrumentos y se utilizan continuamente. Como puede verse, se trata de dificultades que podrían resolverse con una decisión política e institucional destinada a brindar capacitaciones y garantizar la provisión de instrumental. Con respecto a la formación, las instituciones educativas deberían incorporar en sus cátedras el abordaje de situaciones de aborto conforme a la Ley. Esta posibilidad podría estar condicionada en San Juan, dado que la carrera de medicina se dicta únicamente en la Universidad Católica de Cuyo, posicionada públicamente contra el derecho al aborto. Por su parte, la Universidad Nacional de San Juan cuenta desde 2016 con la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, donde hasta el momento solo se dictan las carreras de Licenciatura y Tecnicatura en Enfermería.

En cuanto a las indicaciones médicas para el uso de misoprostol, por lo general se siguen los protocolos médicos oficiales de atención de abortos. Además, las recomendaciones sobre el uso de misoprostol para abortar en el primer trimestre de gestación están lo bastante difundidas, principalmente por el activismo feminista. Sin embargo, aún persisten indicaciones incorrectas:

Te cuento que fui al sanatorio y te dan una dosis cada día. Hoy me tomé mi segunda dosis y no he sangrado. Fue un lío para que me dieran esta segunda dosis. (Solicitante de aborto en el sector privado de salud)

Llegó ayer a las 8 h [desde un departamento alejado]. Recién a las 17 h la internaron, a las 18 h le pusieron dos miso en la vagina. No la dejaban moverse, le dije que se moviera. A las 19 h caminaba con dolor. A las 22 h le llamé y no le pusieron más, solo eso. Recién esta mañana expulsó. Desde ayer hasta recién [las 19 h del día dos de internación] no come. No expulsa la placenta. (...) Es muy inhumano esto, está sola. (Personal de salud del sector público)

Las dosis diferidas alargan un proceso que podría realizarse durante un día, prolongando los malestares físicos como también psíquicos: la ansiedad, el miedo, la angustia de no poder concretar el aborto que se quiere. La solicitante se ve obligada a seguir estos vericuetos médicos para acceder al aborto requerido, a acatar las indicaciones por temor a que un reclamo devenga en la denegación del tratamiento, lo que la coloca en una situación de indefensión. Esto se agrava cuando se trata de personas que residen en departamentos no céntricos, por lo general sin equipos IVE, que deben trasladarse a la ciudad por su cuenta y, como en el segundo relato, sin recursos económicos ni sostenes afectivos que la acompañen. Entendemos que tales situaciones se dan en el marco de relaciones de poder asimétricas, como es la relación médico-paciente, donde agentes sanitarios con autoridad institucional vulneran a las personas que solicitan un aborto, pudiendo ser motivo de sanciones por violencia institucional e incumplimiento de la Ley 27.610.

4.6 La llamada objeción de conciencia

Presentada como un derecho que protege la integridad moral, la objeción de conciencia (en adelante OC) es la razón que esgrimen profesionales de la salud para negar la atención de personas que requieren un aborto. En lo formal, el derecho a objetar no podría obstruir, ni siquiera retrasar, el derecho a abortar. No es un derecho absoluto y tampoco puede alegarse “en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable” (Ley 27.610, art. N°10). A tal fin, la OC es incluida en la legislación con ciertas limitaciones. Pero lo cierto es que, en la práctica, tales limitaciones no son del todo efectivas.

Esta negación a prestar servicio no se cuestiona, incluso cuando genera perjuicios a la persona que quiere abortar. En ocasiones, incluso, el reconocimiento de tal negación como un derecho retrotrae los esfuerzos de las autoridades para conformar equipos en cada centro de salud público. En cambio, dichos esfuerzos institucionales se orientan a generar medios que

garanticen la derivación a un efector que realice la práctica. Entre estos medios entendemos la línea provincial de asesoramiento por WhatsApp y el 0800 de Nación. Para que las solicitantes no asistan a cualquier centro sanitario, estas líneas telefónicas se proponen como un primer contacto. Desde allí se comunican los turnos para asistir a centro de salud que cuente con un equipo IVE.

Por un lado, si bien esto impide posibles maltratos para quien decide abortar, primero hay que saber la existencia de dichas vías de comunicación. Cuando las entrevistadas como mucho conocen que el aborto es legal y, con esto, entienden que pueden ir a cualquier centro de salud. Por el otro, se sobrecargan los mismos centros de atención y no se promueve el armado de otros equipos IVE.

En su Artículo 11, la Ley indica la obligación de los establecimientos de salud privados o de la seguridad social que no cuenten con profesionales dispuestos a realizar la práctica de aborto, de “prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación” (Ley 27.610, Art. 11). Sin embargo, los relatos de personas que han requerido abortar dan cuenta que, tanto en instituciones privadas como públicas, se ha negado la atención de abortos. En el mejor de los casos, se indicó a la gestante que llame al 0800 de Salud Sexual. Al respecto, una de las entrevistada relata el modo en que el ginecólogo de un CAPS responde a su requerimiento:

Le dije que estaba embarazada. Le dije que no lo quiero tener. Y me dice, ¿por qué no lo querés tener, pendeja?... El ginecólogo... Mirá, vení, me dice. Y me hizo una ecografía, que yo cuando me di cuenta me di vuelta, ¡porque no quiero ver! Y me dice, mirá, el saco gestacional está pero no se ve embrión, porque debe ser muy chiquito todavía. Te voy a dar para una ecografía para dentro de un mes. Venís y te haces ver conmigo. Y me dio para que vaya a buscar a la farmacia ácido fólico. (Solicitante de aborto en el sector público de salud)

La objeción de conciencia suele presentarse como una forma de mantener la integridad moral. Al respecto, Agustina Ramón Michel y Sonia Ariza Navarrete (2019) explican que este uso de la OC “puede llevar a un ejercicio mediocre, incluso incorrecto, de la atención médica (al excluir las consideraciones del otro, el paciente, puede perderse de información importante para una debida atención) y supone, paradójicamente, el ejercicio de una violencia ética” (p. 6).

Sin información sobre cómo acceder a un aborto, luego de aquella experiencia la entrevistada recorrió varias instituciones y se comunicó con distintas líneas telefónicas de asesoramiento buscando una solución. Incluso asistió a un falso consultorio donde intentaron disuadirla de abortar, mostrándole videos sobre abortos y folletos sobre los supuestos trastornos que le provocaría abortar. Finalmente, después de dos semanas, desde el 0800 le asignaron un

turno con un equipo IVE en el mismo CAPS donde inició su derrotero. Como quien no tiene más opciones por intentar, debió hacer frente a sus temores y su desconfianza y volver a aquel CAPS.

En contextos de legalidad restrictiva, la escasa información y la incertidumbre dominan la escena⁵. Situación que persiste en el nuevo contexto legal. Así, con un vago conocimiento sobre lo que implica la legalidad del aborto y sus vías de acceso efectivo, cualquier indicación es tomada en cuenta y seguida al pie de la letra⁶, produciendo “sujetos avanzando a tientas por terrenos que, opacos e invisibles, se saben [o sospechan] peligrosos” (Chaneton & Vacarezza, 2011, p. 96).

Otro aspecto a destacar es la indeterminación sobre cuándo y cómo se establece la objeción de conciencia. Por un lado, su definición podría tender a mejorar el servicio ya que, como señala Gallo (2021), una vez declarada la objeción por el/a profesional, “el centro en el que presta sus servicios pueda adoptar las medidas oportunas para sustituirle en los actos que serán objetados y que la persona gestante pueda interrumpir el embarazo dentro de los plazos legales previstos” (p. 7). Pero, por otro lado, la objeción de conciencia es también un instrumento de presión entre profesionales de la salud. El “actuar corporativamente” es denunciado por profesionales garantes de la práctica. No se trata de un comportamiento grupal y armonioso, sino de una forma de operar por medio del estigma que amenaza a quien no se declare objetor/a. Ramón Michel y Ariza (2019) llaman a esto un “uso defensivo de la objeción de conciencia”:

[...] profesionales de la salud que recurren a la OC pese a no estar animadas por convicciones morales o en contra de dar respuesta a las mujeres que requieren interrumpir sus embarazos ni tampoco por una agenda política conservadora sino para evitar el estigma que acarrea realizar abortos en entornos extremadamente hostiles o para eludir la sobrecarga de trabajo cuando casi no hay médicas disponibles para esta práctica. (p. 4)

Por último, el problema de la objeción de conciencia adquiere otros tintes cuando se trata de abortos de más de doce semanas de gestación⁷. Aquí, incluso quienes garantizan abortos en el primer trimestre pueden objetar la práctica a partir del segundo. Se conforma una objeción de conciencia parcial o condicionada, que será proclamada para ciertos casos y suspendida en otros.

⁵ Estas situaciones, propias de los itinerarios de quien necesita abortar y busca soluciones en contextos donde predomina el estigma en torno al aborto, ha sido analizada en la tesis de grado de la autora.

⁶ En la experiencia de la entrevistada, la búsqueda de una solución la lleva al extremo de tomar infusiones indicadas por una “vidente”, provocándose malestares estomacales por días.

⁷ El aborto en el segundo trimestre contiene aspectos particulares cuyo análisis excede este trabajo.

Breves reflexiones finales

La aprobación de la Ley 27.610 forma parte del proceso más amplio de construcción de la política de aborto, donde se disputa la definición del problema del aborto y sus estrategias de resolución. Su sanción sin dudas amplía y mejora las condiciones de acceso a la práctica. Pero los alcances de su implementación dependen de condiciones y experiencias sociopolíticas e históricas. En este sentido, la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en San Juan se apoya en los esfuerzos previos en el marco de la ILE, sostenidos por vinculaciones estratégicas, presiones y disputas entre profesionales de la salud, organizaciones feministas y algunos/as funcionarios/as y trabajadores/as estatales. Así, este trabajo conjunto ha permitido cuestionar las prácticas y sentidos estigmatizantes sobre el aborto, sacando este tema del ámbito de lo oficioso y posicionándolo en el espacio público. Pero, además, dichas vinculaciones han hecho posible intervenir en la definición de la política de aborto a partir de la creación de ciertas articulaciones para facilitar el acceso a esta práctica.

Teniendo en cuenta este recorrido, creemos que el movimiento feminista en vinculación con otros sectores clave como profesionales de la salud, docentes, juristas, tendrán un rol clave para hacer cumplir la Ley, difundirla, hacerla encarnadura en la sociedad a la vez que instalar otros sentidos en torno al aborto y la sexualidad, y avanzar en el reconocimiento y acceso a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

Referencias

- Bergallo, P.(2016). La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en Argentina, en Cook, R. J.; Erdman, J.; Dickens, B. (comps.), *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias* (pp. 187-217). Fondo de Cultura Económica.
- Brown, J.(2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cad. Pagu*, 30, 269-300. ISSN 0104-8333. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>
- Chaneton, J.&Vacarezza, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Marea Editorial.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, pp. 201-209. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139943019>
- Corte Suprema de Justicia de la Nación(2012). *Fallo F., A.L s/medida autosatisfactiva*.

Sentencia 13 de marzo de 2012. Disponible en <https://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>

Fernández Vázquez, S. (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 16(1), 87-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=380/38051452004>

Fleury, S. (2002). Políticas sociales y ciudadanía. *Umbrales, Revista del Postgrado en Ciencias del Desarrollo CIDES-UMSA*, 11, 189-218.

Gallo, P. (2018). La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la objeción de conciencia en Argentina. *REVISTA DE ESTUDIANTES ITA IUS ESTO*. Disponible en <https://www.itaiusesto.com/index.php/inicio/article/view/10>

Gibbs, G. (2012). El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa. Ediciones Morata.

Hiller, R. (2011). Conyugalidad y ciudadanía: disputas en torno a la regulación estatal de las parejas gay lésbicas en la Argentina contemporánea. (Tesis Doctoral). FCS-UBA. Buenos Aires, Argentina.

Klein, L. (2013). *Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto*. Booket.

Ley N° 1133-Q (2012). Cámara de Diputados San Juan. Texto Ordenado de la Ley Provincial 8291 de 2012. Provincia de San Juan, Argentina. Disponible en https://digestosanjuan.gob.ar/digesto/detalle_ley/2d5edad8-bd1c-4e0f-8c9a-b4b4d3c03f8e

Ley N° 11.179 (1921). Código Penal de la Nación Argentina. Buenos Aires, 29 de octubre de 1921.

Ley N° 26.150 (2006). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Honorable Congreso de la Nación Argentina, 04 de octubre de 2006. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=121222>

Ley N° 26.485 (2009). Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Honorable Congreso de la Nación Argentina, 11 de marzo de 2009. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=152155>

Ley N° 27.610(2020). Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Honorable Congreso de la Nación Argentina, 30 de diciembre de 2020. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>

Lucaccini, M., Zaidán, L., & Pecheny, M. (2019). Qué nos dice el debate sobre aborto en 2018

- sobre la clase política y el espacio público en la Argentina. En A. Moreno, D. Maffía y PL Gómez (Comps.), *Miradas feministas sobre el derecho* (pp. 245-263). Editorial jusbaire.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Argentina
- Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo*. Argentina
- Pecheny, M. (2006). Yo no soy progre, soy peronista: ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto? *CEDES*. Disponible en <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/2534>
- Ramón Michel, A. & Ariza Navarrete, S. (2018). La legalidad del aborto en Argentina. *REDAAS. Documentos REDAAS N° 9*. Disponible en <http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/129-09.%20Legalidad%20del%20Aborto%20-%20ARM%20y%20SAN.pdf>
- Ramón Michel, A.&Ariza Navarrete, S.(2019). Usos imprevistos y respuestas a la objeción de conciencia en el aborto legal. *REDAAS & Ipas, N° 10*. Disponible en <http://www.redaas.org.ar/nuestro-trabajo-documento.php?a=161>
- Vacarezza,N.(2013). Política de los afectos, tecnologías de visualización y usos del terror en los discursos de los grupos contrarios a la legalización del aborto. En Zurbriggen, R. & Anzorena, C. (comps.). *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Herramienta. Pp. 209-226.
- Zurbriggen,R. (2018). Reunión Informativa Interrupción Voluntaria del Embarazo. Diputados Argentina. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=zsKeDOMaNKU>