

Jornadas de Capacitación de Equipos de Salud en  
*Derechos Sexuales y Reproductivos.*



Conferencias y debates.

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario  
Salud Pública en el Municipio de Rosario:  
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Jornadas de Capacitación de Equipos de Salud. Conferencias y Debates 1ª. ed.- Rosario: Universidad Nacional de Rosario, 2007. 132p; 23x16cm.

ISBN 000000-000-0

1. Medicina Pública I. Título.

CDD 614

Fecha de catalogación:

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano.

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o en cualquier otro idioma, sin autorización expresa de los editores.

ISBN xxx-xxx-xxx-x

Esta publicación ha sido subvencionada por la Unión de Ciudades que Luchan Contra la Pobreza en el marco de la evaluación del Programa de Salud integral de la Mujer de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.



Salud en el municipio de Rosario (Vol. 25)

“Derechos Sexuales y Reproductivos. Jornadas de Capacitación de Equipos de Salud”

Redacción y Revisión:

Dr. Juan Carlos Paradiso

Diseño: Activa Comunicación

Publicado por:

Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

San Luis 2020 1º p. Tel: 4802200 Fax: 4802208

salud@rosario.gov.ar

Rosario, República Argentina, Febrero de 2007.

IMPRESO EN LA ARGENTINA / PRINTED IN ARGENTINA  
UNR EDITORA - EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
Imprenta XXXXXXX

Jornadas de Capacitación de Equipos de Salud en  
*Derechos Sexuales y Reproductivos.*  
Conferencias y debates.





MUNICIPALIDAD DE ROSARIO  
Secretaría de Salud Pública

**Ing. Miguel Lifschitz**

*Intendente Municipal*

**Dra. Mónica Fein**

*Secretaria de Salud Pública*

**Dr. Jorge Elder**

*Subsecretario de Salud Pública*

**Dra. Beatriz Martinelli**

*Dir. Gral. de Programación de Salud*



# Índice

<i>Índice</i> .....	5
<i>Prólogo</i> .....	7
<i>Acto Inaugural</i> .....	9
<b>Panel 1. Derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género.</b>	<b>15</b>
<i>Derechos Sexuales y Reproductivos</i>	
<i>Bibiana Talamoni</i> .....	17
<i>Mandato social de la maternidad.</i>	
<i>Liliana Pauluzzi</i> .....	23
<i>Experiencias de anticoncepción en Centros de Salud.</i>	
<i>Mariana Okon</i> .....	29
<i>Experiencias en anticoncepción quirúrgica.</i>	
<i>Marcelo Raffagnini</i> .....	35
<i>Anticoncepción de emergencia.</i>	
<i>Daniel Teppaz</i> .....	39
<i>Debate</i> .....	47

**Panel 2. Aborto no punible. 51**

*Contextualización de las situaciones de abortos no punibles desde la perspectiva del derecho. Rol desde el sector salud.*  
*Mabel Gabarra - Matilde Bruera ..... 53*

*Violencia sexual contra las mujeres. Aspectos conceptuales y clínicos.*  
*Lidia Ramírez ..... 71*

*Debate ..... 81*

**Panel 3. Morbimortalidad materna y sus principales causas. 89**

*Morbimortalidad materna y sus principales causas.*  
*Edgardo Abalos ..... 91*

*Protocolos de atención pre-aborto. La experiencia en Uruguay.*  
*Fabián Rodríguez ..... 95*

*Protocolos de atención pre-aborto. La experiencia en el Hospital Alvarez de la ciudad de Buenos Aires.*  
*Diana Galimberti ..... 101*

*Protocolos de atención post-aborto. La atención de mujeres con aborto en curso. Experiencia en el Hospital Sáenz Peña.*  
*Marcelo Raffagnini ..... 113*

*Debate ..... 119*



# Prólogo

Este libro resume las Jornadas de Capacitación en Derechos Sexuales y Reproductivos organizadas por la Sec. de Salud Pública en septiembre de 2006. Estas Jornadas surgieron como consecuencia del consenso entre esta Secretaría y distintas organizaciones no-gubernamentales vinculadas a la problemática de la mujer, respecto de la necesidad de profundizar el debate en los equipos de salud en torno a los derechos sexuales y reproductivos en general y también respecto a diversas situaciones de abortos no-punibles que se presentan en los servicios y que introducen la necesidad de parte de los equipos de salud, de tomar decisiones que involucran aspectos que exceden el campo de lo estrictamente médico y que incluyen aspectos vinculados a los derechos humanos y a la subjetividad.

Esta actividad se enmarca también en la voluntad del Municipio de contribuir a los objetivos del milenio, en este caso, especialmente el relacionado con la disminución de las tasas de mortalidad materna en nuestro país y región, las que están estrechamente vinculadas a la realización de abortos en condiciones de riesgo.

En este marco, el acceso de la población a la información para el ejercicio efectivo de sus derechos y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces es una condición necesaria a fin de que estos derechos se hagan efectivos. El rol de los equipos de salud es clave en este aspecto ya que desde el lugar que ocupan en la atención de la población generan oportunidades únicas para mejorar la accesibilidad y la adherencia a los distintos métodos disponibles.

En este sentido entendemos fundamental promover el debate y la capacitación en torno a los derechos sexuales y reproductivos de los equipos de salud a cargo de la atención de la mujer, en estas Jornadas contamos con la amplia participación de los equipos

interdisciplinarios de Atención Primaria de la Salud y también de las Maternidades Martín y Roque Saenz Peña, quienes contribuyeron al debate con su experiencia diaria en los servicios.

Agradecemos a los participantes externos, tanto de nuestra ciudad como de otras ciudades y países, quienes haciendo una pausa en sus múltiples actividades respondieron a nuestra invitación para enriquecernos con su vasta experiencia.

**Comisión Organizadora.**

Septiembre 2006.

# Acto Inaugural

*Beatriz Martinelli*

Buenos días, vamos a dar inicio a estas Jornadas de Capacitación de Equipos de Salud en Derechos Sexuales y Reproductivos, organizadas conjuntamente por la Secretaría de Salud Pública, el Área de la Mujer de la Secretaría de Promoción Social y la Oficina de Derechos Humanos del Municipio.

Esta iniciativa surgió como consecuencia del debate entre la Secretaría de Salud Pública y distintas organizaciones no gubernamentales que tienen una larga trayectoria en la defensa de los derechos de la mujer.

El objetivo que nos planteamos fue propiciar un nuevo espacio de reflexión e intercambio de ideas en este campo donde, además de los aspectos médicos, se entrecruzan las subjetividades de las personas y también los derechos humanos.

En este sentido, la convocatoria a los disertantes invitados contempla distintos campos: el derecho, la salud mental y también la perspectiva desde los servicios de salud aportada por nuestros equipos de atención primaria y de las maternidades municipales.

Vamos a contar con disertantes que nos aportarán las experiencias de otras ciudades, otros lugares, como el hospital 'Alvarez' de la ciudad de Buenos Aires y representantes del Ministerio de Salud de la República de Uruguay.

La metodología de trabajo que nos hemos propuesto incluye, posteriormente a las disertaciones, la discusión en talleres de casos concretos de la práctica diaria que impactan en nuestros servicios con toda su complejidad.

Nos acompañan en esta apertura la responsable del Área de la Mujer de la Secretaría de Promoción Social, Mariana Alonso, el responsable de la Oficina de Derechos Humanos

del Municipio, Rubén Chababo y la secretaria de Salud Pública de la Municipalidad, la Dra. Mónica Fein.

### *Mariana Alonso*

Buenos días a todos y a todas. Buenos días Mónica Fein, Rubén Chababo, Beatriz Martinelli.

Para el área es un gusto, un desafío y un mojón más que se ha conquistado, el hecho de profundizar la capacitación en derechos sexuales y reproductivos. Es una problemática que comienza a tener prioridad en la agenda, porque los casos de mujeres que llegan, tanto a servicios de salud pública como a servicios de asesoramiento y atención en el área de la mujer o en la Oficina de Derechos Humanos, son cada vez más constantes. Me parece que el Estado municipal tiene mucha trayectoria en generar espacios de atención y garantía de derechos.

En la Municipalidad de Rosario, desde 1996 y desde un gobierno socialista que comienza con Hermes Binner, la salud es un modelo de atención y de derechos. Ésa es la bandera que hay que preservar. No solamente la atención desde un nivel del Estado sino la atención de derechos de ciudadanos y ciudadanas que afrontan distintas problemáticas y sólo tienen al servicio público del Estado para garantizar su salud, su acceso a derechos y su ciudadanía.

Esta jornada que comienza hoy es una muestra más del debate, de la convicción y del compromiso de progresar en distintos abordajes de temáticas que hacen, en este caso, a la salud integral de las mujeres. Por eso me parece que este espacio de aprendizaje y de intercambio de experiencias va a ser muy positivo. Acá está la mayoría de los Servicios de Salud, equipos del Área de la Mujer, la Oficina de Derechos Humanos. Creemos que es importante el aprendizaje, pero también el intercambio acerca de los derechos requeridos para seguir construyendo ciudadanía. Gracias.

### *Rubén Chababo*

Buenos días. Como se dijo aquí construir ciudadanía implica asumir nuestros propios derechos. Éstos se conquistan a través de las luchas. No hay forma de garantizarlos si no es a través de la petición o el reclamo constante.

Los que estamos aquí y vivimos en el 2006, tenemos el desafío de hacer posible vivir en una sociedad del siglo XXI y abandonar definitivamente las estructuras medievales que persisten en gran parte de nuestra sociedad.

Como bien se dijo y nos sentimos muy orgullosos, el Municipio de Rosario ha dado pasos decididos en pos de abandonar las ideas oscurantistas en torno a la salud del cuerpo y a la salud psíquica. Lo ha demostrado fehacientemente con el impulso de programas y proyectos. Pero todavía nos queda mucho por hacer.

Ese mucho por hacer implica romper el silencio. Es atreverse a hablar. Es atreverse a decir. No temer al castigo de quienes están arriba de nosotros, por el hecho de plantear nuestras propias ideas, sobre lo que pensamos acerca de ciertos temas.

Tenemos que despojarnos de los discursos autoritarios y asumir la idea de que vivimos en una sociedad democrática en la que absolutamente todos tenemos derecho a hablar, opinar y expresar nuestras ideas.

Durante muchos años el cuerpo de hombres y de mujeres, el deseo de hombres y de mujeres, estuvo en manos de algunas instituciones. Hay algunas instituciones oscurantistas que siguen impulsando la retención de nuestros cuerpos y pensamientos. Queremos dar batalla a eso. Asumir el desafío de construir sociedades cada vez más democráticas, con el libre derecho a opinar y ejercer sus propias voluntades, alejadas de manera contundente de lo que tenga que ver con discursos autoritarios. Por eso yo celebro la generación de espacios como éstos. No para que estemos todos absolutamente de acuerdo, sino para escuchar el valor de la diferencia.

Creo que Rosario tiene una luz propia que puede irradiar. Lo sabemos y hay que decirlo: esa luz propia tiene que irradiarse hacia los contornos de la ciudad de Rosario y hacia toda la provincia de Santa Fe.

Tenemos que lograr el sueño de que un discurso sobre la mujer, la sexualidad y los derechos reproductivos sea manejado con valores progresistas, impregnando al resto de la provincia y al resto del país. En esto se juega la vida y la muerte de decenas de miles de personas, fundamentalmente de mujeres. Saludo a la organización de estas jornadas y le deseo el mejor de los éxitos.

## *Mónica Fein*

Buenos días a todas y todos. Es un gusto que lleguemos a este encuentro y ver tantos integrantes de los equipos de trabajo, de la Secretaría de Promoción, de Cultura, tantas ONG, mujeres que hace mucho tiempo luchan por los derechos sexuales y reproductivos.

Es un gusto iniciar esta jornada interdisciplinaria donde vamos a encontrarnos para debatir la problemática de los derechos sexuales y reproductivos. Es importante mirar hacia atrás y ver el camino recorrido por esta ciudad, por ordenanzas desde el año '97 que nos han permitido dar pasos muy importantes. La primera etapa fue cuando comenzamos nuestro Programa de Procreación Responsable. A esto le siguieron actividades de capacitación de nuestros equipos de trabajo en una perspectiva de género, la importante labor del área de la mujer en el trabajo de igualdad de oportunidades donde todas y todos, desde los funcionarios hasta los equipos, fuimos trabajando en esta necesidad. También fuimos aprendiendo nuevas acciones y nuevas formas de trabajar en esta igualdad.

Hemos recorrido un largo camino. Creemos que hoy muchas mujeres acceden a la información, a métodos anticonceptivos y a una atención integral. En un trabajo de capacitación hemos ido discutiendo y construyendo juntos en los equipos una mirada integradora, con perspectiva de género. Podríamos decir que hemos recorrido un largo trayecto juntos. Sabemos también todo lo que nos falta. Sabemos cuántas mujeres llegan a nuestros sistemas de salud sin información; cuántas adolescentes y jóvenes llegan con embarazos precoces y sin información adecuada; cuántas mujeres llegan después de un aborto con complicaciones a nuestro sistema de salud y que no hemos podido trabajar antes de esto, también tenemos muchas dificultades para trabajar después, en el post-aborto, con tantas mujeres que llegan a nuestros efectores.

Este camino por recorrer, requiere de más voluntades y requiere que estos temas involucren a todos los sectores y a toda la sociedad para que, sin dogmatismos, podamos proteger la salud de las mujeres y varones más vulnerables. En este camino queremos estar comprometidos. Creemos que estas jornadas van en ese sentido. Queremos avanzar en la complejidad de los aspectos biológicos, incluyendo la subjetividad y el derecho de las personas.

Ninguno de nosotros estamos aquí sin haber escuchado y debatido las problemáticas que en estos últimos tiempos se han hecho públicas en nuestro país. Sentimos el deber de debatir e involucrarnos en defensa de las muchas mujeres que mueren o son sometidas a debate público. Aquí estamos haciendo nuestro aporte.

Quiero agradecer a los que participaron de esta organización, a la Dirección General de Programación en Salud que coordina Beatriz, a la dirección de Atención Primaria, a la Maternidad Martín, al 'Roque Sáenz Peña' tanto en su maternidad como en su área de ginecología, al área de la Mujer de Promoción Social y a la Oficina de Derechos Humanos.

Particularmente quiero decir, como también puntualizaba Rubén, que esta convocatoria ha sido agendada por aquellos que realmente luchan por sus derechos como las organizaciones no gubernamentales de mujeres, mujeres autoconvocadas que desde siempre están agendando estas problemáticas y haciendo que las políticas públicas asuman con mayor compromiso y responsabilidad estas temáticas. Gracias por haber participado de la programación, por participar de este evento y contribuir con sus ideas y experiencias al enriquecimiento de este debate.

Deseamos que estas jornadas, que se extenderán durante tres viernes, sirvan para mejorar nuestras prácticas, nuestros procesos y, fundamentalmente, aportar un granito de arena a mejorar los derechos de mujeres y varones en nuestro país. Gracias.





# Panel 1.

## *Derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género.*



*Coordinador*  
**Dr. Gustavo Englander**

*Disertantes*  
**Ps. Bibiana Talamoni**  
*Centro Integral de atención a la  
familia, la infancia y la mujer*

**Ps. Liliana Pauluzzi**  
*Casa de la mujer*

**Dra. Mariana Okon**  
*Dirección de Atención  
Primaria de la Salud*

**Dr. Marcelo Raffagnini**  
*Servicio de Obstetricia del Hospital  
Roque Sáenz Peña*

**Dr. Daniel Teppaz**  
*Director del Hospital  
Roque Sáenz Peña*



# *Derechos Sexuales y Reproductivos*

**Bibiana Talamoni**

Buenos días a todos y todas.

Dirijo una organización no gubernamental (CEDEIFAM) con la cual participamos desde hace muchos años en distintas tareas puntuales en articulación con otras organizaciones.

Algunas de las organizaciones que conforman *'Mujeres Autoconvocadas Rosario'*<sup>1</sup>, a quien estoy representando hoy, vienen trabajando de manera articulada desde hace más de veinte años.

Como red nos organizamos, junto con otras mujeres independientes que se suman, a partir del 25 de noviembre del 2004. En el año 2005 nos sumamos a la campaña nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. Nuestra consigna ha sido: educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir.

Este año hemos trabajado y colaborado muy especialmente para poder llegar a esta instancia, nos sumamos a la idea de un municipio que ya en el 2001 adhirió a la propuesta impulsada por la OPS sobre municipios saludables. En MAR enmarcamos nuestras acciones y todas las propuestas realizadas coincidiendo con este posicionamiento, sobre todo en la participación ciudadana en lo que hace a la elaboración y ejecución de políticas favorables a la salud, a la calidad de vida y al mejoramiento de las condiciones de salud y el bienestar de sus habitantes con el impacto en el desarrollo integral de éstos.

---

1. Se identifica con la sigla M.A.R. Se puede encontrar material en Internet en el sitio siguiente: [http://www.enredando.org.ar/noticias\\_desarrollo.shtml?x=22368](http://www.enredando.org.ar/noticias_desarrollo.shtml?x=22368)

Coincidiendo con la presentación, consideramos que los derechos sexuales y reproductivos son inalienables e inseparables de los derechos humanos universales y cobran un especial efecto en la vida de las niñas, las jóvenes y las mujeres a lo largo de toda su existencia.

Por otro lado, para determinados sectores de la ciudad, los servicios de salud pública constituyen la única garantía de que se respeten sus derechos plenos de salud y, con ello, de salud sexual.

Una de las preguntas que nos hacíamos es: ¿por qué el hecho de pertenecer a uno u otro género puede incidir o generar situaciones de riesgo a lo largo de la vida y en la salud de las mujeres?, ¿Qué es lo que sucede con estos derechos? Una cosa es conocerlos, nombrarlos y otra cosa es que se garanticen y se creen las condiciones materiales, organizacionales y simbólicas, para que esto suceda. De ahí que nos parece tan importante este encuentro, este inicio de encuentros entre la comunidad organizada como nosotros (organizadas de algún modo como ONG o como mujeres y movimientos) y los servicios de salud o de atención. Todas las personas que tienen algún grado de poder e influencia sobre los otros, tienen necesariamente que conocer y responsabilizarse porque sus conductas, las relaciones e interacciones que se generan con las personas pueden producir una forma de mala educación. Siempre estamos educando; con nuestras conductas educamos, bien o mal. Nosotras, que trabajamos preferentemente con sectores de la comunidad con menos posibilidades de acceder a servicios dignos de salud, encontramos que si se está dignificando desde la salud pública, se produce mucho bienestar y se incide en la calidad de vida de las personas. En esto todos somos constructores de formas simbólicas y materiales pero, por supuesto, las decisiones políticas refuerzan o garantizan que estas formas que se toman a nivel interaccional, se instituyan y constituyan en fuente de cambios verdaderos hacia una vida más plena en todos los aspectos.

La OMS plantea a la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Creo que queda claro que se enfatizan los componentes afectivos, placenteros y relativos a la comunicación. Esto, sin duda, repercute en la calidad y el estilo de vida de las personas. Este concepto a veces parece olvidado, sea desde la atención directa a las personas o en los planes y programas de salud que se llevan adelante. ¿Por qué? Porque es un aspecto que supera a lo puramente reproductivo o patológico con lo que permanentemente o tradicionalmente se ha impregnado a las ciencias médicas.

22 | Nosotros coincidimos con el concepto de la OMS y sabemos que todos los campos de la cultura generan mitos, pero parece que ninguno ha sido tan prolífico como los referidos

a la sexualidad. Si bien ésta está atravesada por amplios y prolíficos mitos, contruidos a través de la historia, todos los mitos patriarcales sobre la sexualidad de la mujer convergen en torno a la idea central que ser mujer debe corresponderse con ser madre. Es una de las obturaciones más importantes en el campo de lo social y en la conformación de la subjetividad, desde el punto de vista de género, porque atraviesa a la conformación de la identidad de mujer. La idea o mito dominante de la mujer-madre definió a la maternidad como la función central de la mujer, la idea de realización y lo que le da sentido a la feminidad.

Los patrones de socialización diferenciados por sexo, a pesar del énfasis que se viene haciendo sobre esto y las modificaciones que se intentan, tienen una profundidad en su arraigo. Por más que haya personas que quieran o hayan tratado de evitar los estereotipos de género; la sociedad en su conjunto, las distintas organizaciones y los medios de comunicación todavía aportan tan rígidas representaciones de lo que es ser varón y mujer, que es imposible que no tengan una eficacia tan profunda en la estructuración del rol de género.

Quisiera leer y compartir algo con ustedes, que Liliana Pauluzzi, en una campaña por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, ha escrito. Le he pedido su permiso porque de todos los derechos sexuales y reproductivos que he buscado, éstos me parecieron que se encontraban entre sí. Opino que los derechos sexuales son uno y, en todo caso, vamos a hablar de derechos sexuales y reproductivos a los fines de ponernos de acuerdo, pero en realidad todos sabemos que las políticas públicas en salud generalmente han tendido a trabajar o responder más sobre los derechos reproductivos (aunque de manera fragmentaria).

Nosotros creemos que los derechos reproductivos son parte inherente de los derechos sexuales, como éstos lo son de los derechos humanos universales. En todo caso la reproducción es un aspecto más que involucra a la sexualidad de las personas. No necesariamente es la única forma en que se expresa.

La OMS lo dice y nosotros lo sabemos: no tendría sentido el enorme impacto que produce la sexualidad en cada uno de nosotros a lo largo de la vida, el enorme placer cuando se respeta este derecho, la capacidad de comunicación que nos otorga, la capacidad de enriquecimiento humano, la función de una íntima comunicación (la más íntima quizás entre dos seres, sean o no de distinto sexo). Si no tuviésemos la capacidad para que ocurra todo esto, realmente ¿para qué lo tendríamos? Si se observa, es casi una eventualidad en la vida de las personas el hecho de relacionarse sexualmente con otra para procrear. Puede ser una situación elegida o no, pero es una eventualidad. Uno no está toda la vida y en todas las formas conectándose sexualmente consigo mismo o con los otros por el

hecho de reproducirse. Por eso recalco que los derechos reproductivos son parte de los derechos sexuales.

Voy a nombrar los derechos:

- Condiciones ambientales, educacionales, nutricionales, afectivas y de salud apropiadas para el desarrollo de la vida humana.
- El ejercicio autónomo de la sexualidad, a gozarla con o sin finalidad coital, de acuerdo con las propias preferencias y a la protección legal de las mismas.
- Una sexualidad placentera, recreacional, independiente de la reproducción.
- A decidir y utilizar anticonceptivos gratuitos y a bajo costo, con información actualizada, seguimiento y el deber de quienes los prescriben de responder por sus efectos.
- A conocer, respetar y amar el cuerpo y los genitales.
- Al amor, la sensualidad y el erotismo.
- A buscar afecto y relación sexual.
- Al orgasmo y a ser libre en la intimidad.
- A la relación sexual independientemente de la edad, el estado civil o modelo familiar, exenta de cualquier forma de violencia, abuso o acoso.
- A la maternidad libre. A vivirla por propia elección y no por obligación.
- De hombres y mujeres a participar en igualdad de responsabilidades en la crianza, reasumiéndola creativamente y a construir ideales e identidades propias más allá de los roles de géneros.
- A una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género.
- A servicios de salud gratuitos y de calidad que faciliten el cuidado integral de la gestación, el parto, el post-parto y la crianza, acompañado por legislaciones apropiadas.

- A la adopción y tratamiento para la infertilidad de tipo integral, accesible y razonable.
- A negarnos a facilitar investigaciones con nuestra función reproductiva. A estar informadas e informados de manera comprensible sobre el alcance de la tecnología que la modifique, que deba regularse por una ética humanista.
- A participar como ciudadanas y ciudadanos en organizaciones no gubernamentales en la formulación e implementación de políticas y programas de población y desarrollo.
- A no tener actividad sexual. También es un derecho y no debe ser cuestionado.

¿Qué sucede al interior de las mujeres jóvenes cuando observamos cada uno de estos derechos?

Si cada uno de nosotros supiese que cuando está frente a una persona produce un efecto y que ese efecto puede generar mayor salud o iatrogenia, nos encontraríamos con que todos deberíamos estar repreguntándonos acerca de nuestra propia sexualidad, cómo tratamos este tema en nuestra propia vida y cómo nos relacionamos con ella y los otros. No parecería que en realidad cada uno de nosotros ha constituido su identidad general a partir de constituir su identidad sexual (y ella forma parte integral de nuestra identidad).

No nos construimos en cualquier lugar. Nos construimos en el seno de una sociedad. De esta sociedad. Son muchos los años y las formas en que la cultura se cuele a través de nuestra vida incidiendo en nuestra calidad de vida y en nuestra felicidad.

Observamos en la educación diferenciada por sexo, cómo desde muy pequeños se les garantiza a varones y a niñas distintas posibilidades. Ambos son estimulados para diferentes cosas. Los varones y las niñas tienen diferentes estímulos a nivel corporal, lúdico y afectivo. Después nos encontramos, más tarde, que aquella cosa que le es más garantizada al varón con respecto a sus juegos, a la exploración, a la motricidad, no es igualmente posibilitado o estimulado en las niñas. A ellas se les estimula mucho más todo lo que tiene que ver con su presentación personal, cómo se ve frente a los otros, cómo trata a los otros, qué cosas se les permite y qué no.

Si bien el varón es cierto que materialmente tiene acceso a su genitalidad de manera más directa, porque están expuestos y en las niñas no, después esto se materializa en que dificulta el conocimiento de su propia genitalidad. Por supuesto que éste no es el único aspecto de la sexualidad, pero es muy importante. A mí no deja de asombrarme el hecho

de que nos encontremos con jóvenes o mujeres que desconocen incluso la forma de sus genitales. Uno tiene que apelar al dibujo para que lo entiendan. Incluso hay dificultades en la manipulación de algunos elementos anticonceptivos porque las mujeres no saben cómo usarlos porque no saben cómo son sus genitales. Apelar a un espejo para aprender, es una de las primeras instancias. Pero no deja de asombrarnos que lo primero que escuchamos decir es que no les gusta. Es una paradoja: el sexo femenino está oculto, 'negado', pero desde la comunicación y el consumo se exalta. En la práctica íntima y cotidiana, cuando se enfrentan a sus propios genitales, lo primero que sienten es que son feos, que los genitales de los varones son más lindos. Hay que hacer un trabajo educativo pensando cómo hacer que se cumplan los derechos sexuales cuando el primer contacto consigo mismas es negado o no les gusta. Parte de la sexualidad en la mujer es vivida en función del placer y la sexualidad de quien la acompaña. Se siente a gusto si puede generar deseo y felicidad al otro. Como que posterga su posibilidad de deseo.

Éste es un tema tan complejo y da para tanto que deseamos que esto sea el inicio. Acá tenemos invitados importantísimos. Cada uno va a mostrar un aspecto de este tema y saludamos esta oportunidad de haber participado para que se geste este encuentro.

Seguiremos ahondando y profundizando. Hoy tenemos toda la mañana para trabajar y va a haber dos encuentros más.



# *Mandato social de la maternidad.*

**Liliana Pauluzzi**

Buenos días a todas y a todos.

Así como dijo Bibiana, uno de los mitos más importantes con respecto a la cuestión de género y de las mujeres, es el de la madre.

Se habla sobre cómo influye en todas y en todos, el mandato social de la maternidad, cómo desde la academia se nos enseña para que siga reproduciéndose este mito. El patriarcado, en esto de los roles rígidos, va en detrimento tanto del hombre como de la mujer, cuando no se les permite la libertad de ser como se quiere ser. Por eso me parece interesante que nos pongamos a pensar cómo operan los mitos sociales en nuestro imaginario y cómo ese imaginario atraviesa nuestra subjetividad para que de alguna manera nuestros deseos terminen anudándose al poder.

La línea teórica que sigo es la de Ana María Fernández. Me gustaría que pensáramos en conjunto esto de los mitos.

Primeramente tenemos que diferenciar entre reproducción y maternidad. Son dos cosas distintas que generalmente se intenta que estén juntas. Entiendo por reproducción aquello que tiene que ver con el orden de la especie y maternidad con el orden de la cultura. ¿Qué significa esto? Que la maternidad es creada por la cultura, mientras que la reproducción es del orden de la especie. Me parece importante poder diferenciar esto porque en ello se basan muchos de los mitos que se siguen arrastrando.

También es importante ver a la maternidad como una función social y no como un fenómeno natural inherente al sexo biológico o al sexo de la mujer.

Actualmente nuestra sociedad sigue organizando un universo de significaciones donde la relación con la maternidad está alrededor de la idea 'mujer igual a madre'. Veamos cómo operan los mitos sociales y cuáles son los dispositivos para que esto tenga eficacia. Por otro lado considero que es violento. Esa violencia invisible: esa que está naturalizada.

Uno de los dispositivos de los mitos es la repetición de narrativas. A lo largo del tiempo, discursos científicos, políticos, económicos, religiosos, de medios de comunicación, de las artes, del cine, producen y reproducen argumentos que instituyen lo femenino y lo masculino en nuestra sociedad. Esto organiza un universo totalizador y esencialista. La esencia de la mujer y del hombre: la mujer es, el hombre es, evitando la diversidad. Negar la diversidad significa invisibilizar un proceso socio-histórico de su construcción, presentando como realidades naturales e históricas aquello que es producto y efecto del mito. Esto es cuando se dice que la mujer se tiene que encargar de todo lo relacionado con la crianza de los niños, cuando en realidad esto tiene que ver con la producción socio-económica de un sistema determinado y no con la naturaleza. Ahí también tiene que ver la cuestión del instinto materno. La antropología muestra que en diferentes comunidades, se vive de manera distinta la maternidad. Sin embargo, cuando se muestra y se estudia en la academia, generalmente se nos muestra así.

Al organizar esto como total y universal, se organizan también regímenes de verdad de gran poder de sanción: todo aquello que contradiga esa verdad que el mito plantea, va a tener una sanción importante. Por lo tanto, todo lo que esté diferente al mito se va a tratar de ocultar.

Al ser verdades universales van a negar las estrategias biopolíticas. Van a operar distinto según las clases sociales, según las etnias y las edades. En la Modernidad, cuando se instaura el mito de la madre, conjuntamente se instaura el mito de la debilidad. Mientras que para las mujeres burguesas esto significaba debilidad, para las mujeres campesinas y mineras la debilidad no tenía nada que ver.

Una de las cuestiones interesantes de la eficacia del mito es el deslizamiento de sentido. Se vuelven equivalentes cuestiones que son muy distintas. No es lo mismo afirmar que se necesita ser mujer para ser madre que lo contrario. Sin embargo esta ecuación que para ser mujer hay que ser madre es lo que funciona como un mito y se reproduce constantemente, cuando en realidad antes de ser madre necesitamos ser mujer.

Otra de las cosas que el mito hace que sea eficaz es el tema de las exaltaciones y las negaciones. Los discursos y las narrativas dan un espacio muy importante, superlativo, a ciertos aspectos de una realidad y niegan o invisibilizan otros al no ser nombrados y van a quedar como inexistentes. Por ejemplo en el mito 'mujer igual a madre', al exaltar

el amor incondicional, implica negar la agresividad en las mujeres. Al exaltar la ternura, implica negar el erotismo. Al exaltar el saber por instinto, implica negar las patologías de la sobreprotección. Al exaltar la madre, implica negar al padre. Al exaltar a la madre, implica negar a la mujer.

Por lo tanto, el mito 'mujer-madre' vuelve imposible una realidad posible. La realidad posible es que la mujer es igual a sujeto del placer erótico, sujeto creativo histórico, sujeto del discurso y sujeto del poder.

Vamos a ver cómo se ha construido a lo largo de la historia este mito que está en relación al tema de la mujer igual a madre. Desde los escritos más antiguos de los egipcios que datan de cinco mil años antes de Cristo, por ejemplo en los papiros de Kuhn<sup>1</sup> y Ebers<sup>2</sup> se hablaba que todo malestar no justificado visiblemente en la mujer se debía a una mala posición del útero. Lo que provocaba los sufrimientos difusos eran las migraciones del útero: si nos dolía la cabeza era porque el útero había subido, si nos dolía el estómago era porque el útero había bajado y entonces había infusiones con excrementos masculinos que se colocaban para que bajara el útero o se trataba de invocar a un dios masculino. Esto que suena ridículo y que nos hace reír, quiero que lo vayan reteniendo porque vamos a ver aún en la actualidad este tipo de cosas.

Sigue manteniendo Hipócrates el tema del útero migrante. La salud para Hipócrates dependía del equilibrio de los cuatro humores: la sangre, la bilis, el agua y la flema. Para Hipócrates el cuerpo femenino tenía una tendencia a llenarse de más fluido, por lo tanto consideraba que la mujer era inferior al hombre porque era más húmeda y su salud dependía del hombre por la participación del orgasmo en la concepción de la mujer. Yo he encontrado mujeres que piensan que solamente se puede quedar embarazada si una goza. Esto viene de los tiempos de Hipócrates.

¿Qué decía Platón? Él también ubica todos los males en el útero migrador. Plantea: 'eso que llamamos útero o matriz, es como un viviente poseído por el deseo de hacer niños. En la agitación animal de la matriz está la voluntad del creador'. Platón consideraba que teníamos dos úteros, así como los hombres tenían dos testículos. Es interesante ver cómo plantea el tema del origen de las mujeres como inferiores: eran los hombres castigados.

---

1. Papiro de Kuhn: Para saber más consultar el sitio: <http://www.zonai.com/foros/default.asp> (N. editor)

2. Papiro de Ebers: ver sitio <http://medcomunitaria.zoomblog.com/archivo/2006/07/08/> (Nota editor)

Platón plantea que el demiurgo creó al varón, pero aquellos machos que fueron cobardes y vivieron mal fueron transformados, en un segundo nacimiento, en mujeres.

Estamos hablando de elementos y datos de un pensamiento occidental que aún hoy se sigue planteando como importante.

Vayamos a Aristóteles. Él reafirma los planteos platónicos de la mujer como hombres fallados e incompletos pero refuta la teoría hipocrática de que la mujer tenía que ver en la concepción. Plantea que la mujer es un recipiente que recibe el semen del hombre y que es éste el que genera el ser humano varón. Cuando se plantea el problema de cómo es que nace una mujer si todo el esperma va como un hombrecito a implantarse, lo soluciona diciendo que es un embrión malnutrido, o sea, nace una mujer cuando el embrión es malnutrido.

¿Qué pasa con Galeno? Al igual que Aristóteles considera que la mujer es un receptáculo. Pensemos en esto de 'receptáculo' y analicemos cuánto de esto hoy se sigue diciendo. La función del útero es recibir el esperma, la razón de su imperfección radica en que es más fría y húmeda, pero él plantea que la mujer es un hombre al revés. Tendríamos el símil de los órganos masculinos que no bajaron porque la mujer es fría. Dice: 'su inferioridad es algo que ha requerido el creador, que la ha hecho imperfecta y mutilada'. Es consenso para la época que su mutilación se debe a los genitales femeninos que no han podido 'descender por falta de calor'.

Vamos a la Edad Media. Los discursos médicos se superponen con los discursos religiosos. Persisten las ideas platónicas y aristotélicas. Galeno será el recurso de la verdad. La representación que la medicina de la época tiene del sexo femenino es una réplica imperfecta del prototipo del género humano que es el varón, tal como lo había construido el mundo de los antiguos. A esto, el discurso del mundo cristiano, dice: 'únicamente el hombre tiene alma', 'sólo él está hecho a imagen y semejanza de Dios', por lo que la mujer representará lo instintivo, lo irracional, lo animal. A la mujer se la identifica con el sexo, lo diabólico, el estigma. Y será objeto de permanente desconfianza para los hombres del clero. Esta es la época en que se mataba y quemaba a las brujas.

En 1650 Harvey descubre que todo embrión se desarrolla de un huevo, dejando establecido que la mujer produce el óvulo que luego será fecundado por el semen masculino. A partir de esto el sexo femenino se valoriza y va a dar comienzo a un largo proceso histórico de veneración de la maternidad.

Acá también cambia el culto de la Virgen María. En la Edad Media era valorada como virgen, dado que en esa época la castidad era la virtud. A partir del siglo XVII, el culto mariano es la veneración de la maternidad.

El descubrimiento del óvulo hace que se inicie también un proceso de medicalización del cuerpo de la mujer, conjuntamente con la debilidad de las mismas, creando así las condiciones para reforzar este mito: mujer igual a útero. Aquí surge la histeria. En la época de la Modernidad se encierra a las mujeres. Se divide el espacio público del privado. Viene la epidemia de la histeria. Esta concepción hará que sea la enfermedad por excelencia. Se la instituye como entidad psiquiátrica a partir del siglo XIX cuando, no casualmente, se establecen los dispositivos para la creación del mito de la madre y la llamada frigidez femenina. Ésta es considerada en esos momentos como una enfermedad que ataca más al espíritu que al cuerpo. Las estrategias terapéuticas son las prescripciones de una vida higiénica, debiendo renunciar a todo aquello que pueda excitar su imaginación como bailes y novelas, y evitar la ociosidad. Se trataba de un proceso de disciplinamiento. En los casos más avanzados se recomendaban curas de reposo, siendo los principales resortes la fascinación y el sometimiento a la autoridad médica.

Hay escritos muy interesantes de cómo muchas mujeres que no querían casarse o tener hijos y querían, por ejemplo, estudiar piano o escribir, se las confinaba a los manicomios. De esto hay mucha bibliografía interesante para ver cómo son los mitos y cómo la ciencia-ideología, la ciencia-política tiene que ver en qué es lo sano y qué lo enfermo.

Surge el psicoanálisis que se preocupa por los síntomas histéricos pero discrepando con el discurso neuropsiquiátrico a través de la confirmación de la etiología sexual. Define al inconsciente como un sistema del aparato psíquico y propone un nuevo proyecto para la cura.

Pero Freud no pudo apartarse totalmente de las teorizaciones sobre la sexualidad femenina, del discurso médico tradicional. Viendo a la mujer como un hombre fallado, con un pene atrofiado que envidia al del varón, este condicionamiento de Freud no puede ser ignorado en su teoría de la misma manera que la vigencia actual de estos conceptos. Mucho tiene que ver en este mandato social el tema de la familia nuclear que se entroniza en la modernidad por una necesidad socio-política y económica. La familia nuclear de la modernidad se convierte en el eje estratégico donde actúa la alianza de los médicos y pedagogos, el brazo ejecutor de esta política de alianza dentro del hogar será la madre, quien gracias al eterno velar por sus hijos e hijas habrá obtenido un lugar de reconocimiento que fue distanciando la desconfianza y el temor que como mujer inspirara en los siglos anteriores. La madre será la encargada de la educación moral que modelará la subjetividad de niños y niñas. Las niñas deben ser educadas y preparadas para ser esposas sumisas.

Para médicos moralistas y educadores, como también para las madres, la inocencia estará garantizada por la ignorancia.

Yo me pregunto ¿cuánto de todo esto que nos movió a la risa sigue estando en la actualidad? ¿Quiénes se niegan a la educación sexual en las escuelas? ¿Quiénes siguen hablando de que una mujer violada tiene que ser receptáculo y seguir llevando adelante el producto de esa violación? ¿Hasta dónde esto de que somos castradas e inferiores?

Todo esto tiene que ver con lo que se veía a principios del siglo pasado. Pero a mitad del siglo pasado hubo muchos descubrimientos. Master y Johnson plantearon que no era que la mujer que gozaba con el clítoris era inmadura, neurótica e infantil, sino simplemente que el clítoris es el órgano primordial de placer. Marie Jean Jeffrey, en los años '70 da vuelta el mito bíblico de que hasta la séptima semana de vida todo embrión de los mamíferos es hembra. Esto se vuelve a plantear en los años '90.

Hay un montón de avances tecnológicos desde la embriología, desde los derechos humanos, desde los estudios de las mujeres, que se niegan, se desprecian y se siguen manteniendo las creencias en detrimento de las investigaciones científicas.

# *Experiencias de anticoncepción en Centros de Salud.*

**Mariana Okon**

Buenos días a todas y todos.

Acá damos una vuelta de página para trabajar otras cuestiones. La idea de hoy era plantear de qué manera se fue instalando el programa de planificación familiar en Atención Primaria como para entender por qué llegamos donde estamos hoy, cuáles son las dificultades y los desafíos que tenemos por delante.

Cuando esto comienza a discutirse desde el año '91 en adelante, a partir de la construcción de la Dirección de Atención Primaria, todavía no había ninguna propuesta en la ciudad que hablara de una oportunidad para las mujeres en relación al acceso a los métodos anticonceptivos. En ese momento, cualquier propuesta inicial siempre era superadora a nada (que era lo que había en ese momento). Hoy el escenario es mucho más complejo.

Me interesa pensar este proceso de más de diez años porque ya no basta con el tema de estar dando insumos desde los centros de salud. Hoy nuestras prácticas requieren de otras cuestiones para dar vuelta este proceso histórico.

La Secretaría de Salud Pública cuenta con una red de efectores en toda la ciudad. No es una distribución equitativa. Hay algunos lugares donde nos estamos superponiendo con efectores provinciales y en otros lugares no existen efectores de ninguna de las administraciones. De todas maneras hay un esfuerzo desde la Secretaría por intentar ampliar esta oportunidad de acceso a las mujeres (porque hoy hablamos de este tema), pero es tener un acceso al ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Desde la creación de la Dirección de Atención Primaria, el Programa de Procreación Responsable<sup>1</sup> fue uno de sus principales ejes de gestión. En un primer momento, en el año '93, se empieza a trabajar en una discusión central, que luego es llevada hacia todos los centros de salud con modalidad de taller. Se tiene en cuenta que no es sólo un tema médico, sino que incluye valores de tipo éticos, morales e ideológicos, y todo esto debía ponerse en juego para estar implementando este programa.

Estos talleres comenzaron en los centros de salud, después se realizaron por distritos y luego se extrajeron las conclusiones en un nivel más general. En ese momento se fue enfatizando el abordaje de la problemática de la anticoncepción por todo el equipo de salud, no solamente como una problemática médica. La necesidad del abordaje integral de la salud de la mujer. Es lo que planteaba Liliana, no solamente tomarla en su rol reproductivo sino también tener en cuenta las distintas etapas de su vida, sus creencias, su ideología y los distintos ciclos vitales por los que va atravesando.

Otro elemento que se discutió en esos momentos fue el derecho de la mujer a decidir cuál es el método que quería utilizar. Esto ahora parece muy lógico, pero en ese momento todavía había que construir otra relación más simétrica para poder implementar la estrategia de Atención Primaria. Que la mujer pudiera decidir sobre su cuerpo y cuál era el método que quería utilizar, fueron cuestiones que requirieron de un gran debate.

Una cuestión que generó gran controversia fue el tema de la anticoncepción en las adolescentes. Ahí se plantea una cuestión en relación a la legalidad. Se trabajó con jueces de menores para ver cuál era el marco en el que se podía trabajar esta cuestión.

En relación a este trabajo, la Dirección de Atención Primaria, toma como decisión política priorizar en su presupuesto los recursos que tuvieran que ver con este programa. Esto es en capacitación, en cantidad y calidad, en recursos humanos de distintas disciplinas que estuvieran preparadas para el abordaje de la atención integral de la mujer, y en insumos materiales. Esto demostró un crecimiento exponencial en relación a las consultas de las mujeres en los centros.

Hubo una lectura de una necesidad existente en nuestra población en relación a la anticoncepción, que fue tomada desde la Dirección de Atención Primaria y se fue transformando en una demanda.

---

1. En las Jornadas "Salud integral de la mujer y género" (Rosario, 2000) se trataron ampliamente estos temas, posteriormente publicados en la serie 'Salud en el Municipio' en el tomo XVII (Nota del Editor).



A partir de la ordenanza 6244 de 'procreación responsable' se tuvo un marco legal en la anticoncepción de las adolescentes, además facilitó la introducción de algunos otros insumos para el trabajo. Hasta ese momento veníamos trabajando con los anticonceptivos orales como "reguladores del ciclo", y con los DIU como "material descartable". A partir de la ordenanza se explicita que la Secretaría podía estar comprando métodos anticonceptivos. Los DIU pasan a ser 'DIU', a los anticonceptivos orales se les pudieron sumar los anticonceptivos de la lactancia que hasta ese momento no podíamos 'disfrazarlos' con otro tipo de utilización.

La estrategia de Atención Primaria tiene que ver con la construcción de equidad y accesibilidad, la práctica de la clínica ampliada y la planificación local participativa. La priorización de esta temática tuvo que ver con una activa participación de las mujeres para que esto se instale desde el Estado. Esto tiene una manifestación muy crítica en la crisis del 2001-2002, cuando las mujeres plantean en las asambleas populares la necesidad de garantizar la continuidad de los insumos del programa. Frente a la crisis económica se produce una importante interrupción y la continuidad de los insumos es la primera necesidad para que el programa pueda seguir implementándose. Donde se interrumpiera, causaría un impacto sobre la población, lo cual provocaría dificultades para remontar nuevamente la utilización de los anticonceptivos. Esto fue planteado y escuchado en ese momento. Permitted implementar algunas cuestiones más, avanzar otro poco, como por ejemplo unificar los insumos en todos los efectores municipales. Hasta ese momento cada uno contaba con lo que podía. A partir de allí, centros de salud y hospitales cuentan con los mismos insumos. Esto permitió también generalizar el uso del carnet. La mujer que tenía un carnet de planificación familiar de algún efector municipal podía utilizarlo en cualquiera de ellos. Esto fue un instrumento para poder articular las acciones entre centros de salud y hospitales, obviamente en beneficio de las mujeres que circulan por estos efectores de manera natural en los diferentes estados de su vida.

Las consultas de mujeres por cualquier motivo en los centros de salud, mujeres nuevas adscriptas a los equipos durante el año 2005, son 67.586. Son nuevas oportunidades de ejercer derechos sexuales y reproductivos.

Llegamos, de las cuestiones discutidas en los talleres en un principio, a cuestiones ya instaladas. Hoy la discusión pasa por otros lugares. Hoy ya no se discute si hay que darles métodos anticonceptivos a las adolescentes. Ya no se discute si frente a una demanda, cualquier persona del equipo, puede estar dando un tipo de respuesta. Ya no se discute si es la mujer la que decide lo que va a utilizar. Cuestiones que en algún momento fueron para nosotros motivo de una importante discusión, hoy ya están instaladas y nuestras discusiones en este momento son otras.

Yo separo a las mujeres de 20 a 50 de las de 15 a 19 porque me parece que la población adolescente merece una observación especial. Del grupo de 67.586 mujeres, 23.090 son adolescentes. Cuando empezamos a trabajar en el programa, nuestra preocupación era la escasa presencia de las adolescentes en los centros de salud. Hoy podemos decir que es una proporción muy importante y además es una preocupación muy importante para nosotros. No solamente hablando de embarazo adolescente, sino de todas las problemáticas que traen las adolescentes a los equipos y que de alguna manera nos están desafiando porque hay una serie de procesos nuevos que no estamos pudiendo comprender fehacientemente. Estamos buscando explicaciones y discutiendo. Es un debate que necesita profundizarse por la complejidad con la que aparece. Por eso creo que hacer una lectura del 'problema adolescente' es hacer una lectura muy simplificada de lo que significa hoy esta situación.

Otro tema que nos genera desafíos es la presencia del varón. En general, nuestros centros siguen estando predominantemente ocupados por mujeres, niños y niñas. El varón no está tan presente para el cuidado de su propia salud y para responsabilizarse y acompañar a la mujer en lo que son sus procesos sexuales y reproductivos. Esto es complejo porque tiene que ver con las asignaciones culturales y es un trabajo que debería ser mucho más intersectorial. No depende de lo que podamos estar haciendo desde los centros de salud. Pero es importante ir acompañando, porque muchas veces el varón se queda afuera en la sala de espera. Parece que tuviera que pedir permiso para entrar al consultorio. Algo está pasando desde los efectores porque las pocas veces que ellos deciden acercarse, nosotros no facilitamos este encuentro.

Otro tema importante es la utilización del DIU. Las recomendaciones internacionales lo muestran como el método más adecuado, que más impacto tiene en la población en relación al cuidado como anticonceptivo, sin embargo no estamos logrando que esto se materialice en las cifras que tenemos de utilización. Los anticonceptivos orales siguen estando en el primer lugar con un 70% y sólo un 10% de las mujeres está haciendo uso de los DIU. Hay muchas razones para pensar. Algunas tienen que ver con la formación y las prácticas médicas. Otras tienen que ver con cuestiones culturales, mitos y representaciones en relación a este método. Hay mucho miedo en lo que significa colocarse un DIU justamente por el desconocimiento del cuerpo.

En relación con la anticoncepción de emergencia, para nosotros es una dificultad el no contar en los centros de salud con el método específico. No tenemos las dos pastillitas 'del día después' sino que nos tenemos que conformar con los anticonceptivos orales. Para las mujeres es una dificultad porque genera bastante intolerancia. Además en la

administración no es lo mismo darles una cajita con dos pastillas que tener que inventar un envase para darles ocho o diez pastillitas.

Además no queremos que se instale como un método de utilización habitual. Es un desafío ver de qué manera difundimos el uso de la anticoncepción de emergencia para ser utilizada de manera oportuna, pero sin transformarla en el método anticonceptivo habitual.

Otra cuestión que se ha instalado de una manera importante en los centros es la problemática del aborto (las situaciones previas y posteriores al aborto). Son cuestiones que generan complejidades y sobre las cuales no tenemos una posición clara de la manera en que debemos actuar. Sí sabemos que son mujeres que no han logrado acceder a un método anticonceptivo oportuno y que es necesario, en esta situación, dar algún tipo de respuesta. Esto merece hoy un profundo debate para que podamos actuar de la manera más adecuada para el cuidado de la salud de estas mujeres que se encuentran en una situación crítica.

Hoy lo que nos queda es plantearnos de qué manera vamos a trabajar con las mujeres que aún no están accediendo a estas oportunidades, que son muchas. Esto merece de un trabajo intersectorial y comunitario. No estamos pensando en esta cuestión como un trabajo solamente desde los equipos de los centros, pero sí es importante que estemos implementando otras estrategias que hoy no se están llevando adelante para facilitar el acceso al método anticonceptivo.

Por lo que planteaba al principio, esta cuestión merece otro tipo de debate y discusión que hasta el momento no nos estamos dando. No nos hemos detenido a pensar la complejidad que hoy adquiere esta problemática. No es la misma que se planteó cuando comenzamos en salud pública a implementar la posibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos y adecuados para las mujeres. Por las situaciones sociales complejas que hoy se plantean, no basta con tener a disposición todo este abanico de métodos de manera gratuita, sino que hace falta construir otros caminos para que se puedan acercar quienes realmente lo necesitan.

Muchas gracias.



# *Experiencias en anticoncepción quirúrgica.*

**Marcelo Raffagnini**

Deseo demostrar cómo se ha trabajado en defensa de algunos derechos sexuales de la mujer. Específicamente, en este caso, su derecho a optar por algún método específico como es el de la ligadura tubaria. Todos sabemos que éste es un procedimiento quirúrgico cuya diferencia del resto es que hay que encararlo de una manera especial porque, si bien existen técnicas para revertir esta situación, es un método que debe informarse a la paciente como de carácter permanente.

Como Liliana y Bibiana planteaban al principio de sus exposiciones, en cuestiones de la sexualidad (y sobre todo de la femenina) históricamente existe demasiado oscurantismo; aparte hay cierta persecución ya que los médicos muchas veces nos hemos visto sometidos a demandas o a cierta presión para no poner en práctica determinados métodos. La ligadura tubaria hasta hace pocos días era el ejemplo más claro de ello.

Quiero mostrarles cómo hemos trabajado el tema de ligadura tubaria en la maternidad del 'Roque Sáenz Peña'. Si uno revisa las historias clínicas desde 1995 hasta junio del 2004 y el registro informático donde se registran todos los nacimientos y la forma de trabajar de la maternidad, no hay un solo registro en 20.000 historias clínicas de que se ha realizado alguna ligadura tubaria. Sí se realizaron. Pocas. Pero por este temor, que yo planteaba al principio, no se registraban en las historias clínicas, ni en el sistema informático.

A partir del año 2004, con algunas conversaciones que se venían escuchando y basándose en algunos hechos concretos de fallos judiciales que decían que si había una razón médica no había por qué pedir permiso a la Justicia para hacer una ligadura tubaria, comenzamos a registrar en las historias clínicas y en el registro informático las pocas que hacíamos en el servicio. Pero esto nos seguía dejando a mitad de camino porque estaban relegadas a aquellos casos donde el parto terminaba en cesárea y quedaban afuera todas

aquellas mujeres que tenían un parto normal pero que deseaban este método anticonceptivo.

En el servicio decidimos incluir el consentimiento de la mujer y su pareja. Les solicitábamos una carta manuscrita donde nos informaban por qué consideraban que debía realizarse una ligadura tubaria. Cada uno hacía su exposición. Se exponían razones económicas, multiparidad, el no deseo de seguir teniendo hijos. Se llevaban a consideración a los integrantes de la guardia de ese día y si todos estábamos de acuerdo (así era en la mayoría de los casos), procedíamos. Algunas eran más elaboradas, pero todas expresaban el deseo de que se les realizara la ligadura de trompas. También firmaba la pareja masculina.

Con este sistema, en seis meses (entre julio y diciembre del 2004) se realizaron y se registraron solamente nueve ligaduras tubarias y todas ellas intra-cesáreas. No habíamos realizado ninguna en mujeres que habían tenido un parto normal. Aquella que lo solicitaba y tenía un parto normal, se iba de la maternidad decepcionada, sin conseguir su método anticonceptivo. Esto nos dejaba con una sensación de culpa por no estar resolviendo el problema de la mujer.

Nos seguían llegando solicitudes de mujeres que habían tenido cinco o seis partos normales y que, obviamente, el próximo también iba a ser un parto normal. Esto aumentaba nuestra preocupación.

Es así que entre el 1º de enero del 2005 y el 30 de septiembre del 2005, considerando que la maternidad estuvo a mitad de ese recorrido cuatro meses cerrada, logramos hacer quince ligaduras tubarias, once intra-cesáreas y cuatro después de partos espontáneos. Teniendo en cuenta que recién estaban comenzándose a diagramar las leyes de anticoncepción, todo esto era por fuera de las leyes que después fueron surgiendo.

La ley 12.323 de anticoncepción quirúrgica dictada por la Provincia aparece en agosto de 2004 y faculta a la autoridad de aplicación, entre otros métodos de anticoncepción, a los quirúrgicos; donde debe haber una expresa voluntad, conformidad y haber recibido la información correspondiente. Esto mediante el decreto 987, sancionado el 24 de mayo del 2005 y publicado en el Boletín oficial el 3 de junio de ese mismo año.

Mientras tanto y para poner en práctica esta ley provincial a nivel municipal, se conforma un grupo de trabajo integrado por especialistas de las dos maternidades y de los servicios de ginecología de la red municipal, donde en conjunto fuimos logrando desarrollar un protocolo de trabajo sobre ligadura tubaria. Se publicó la resolución a partir de agosto del 2005.

Se dictamina seguir la siguiente metodología: informar a todas las mujeres sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos, si la paciente opta por la anticoncepción quirúrgica, debe realizar una solicitud de este procedimiento al médico que la conoce o al equipo del centro de salud que está en su barrio. El médico o el equipo que atiende a la mujer en APS presentan esa solicitud a un comité interdisciplinario creado en la maternidad para tal efecto. Al reverso de la misma, la gente del equipo de salud escribe que no encuentra objeciones para realizarlo y lo presenta al comité interdisciplinario. En el 'Roque Sáenz Peña' este comité está formado por el jefe del área de la mujer, la jefa del servicio de ginecología, asistentes sociales, el jefe del servicio de obstetricia, psicólogas, el cirujano ginecólogo y la gente de los equipos de salud que están presentando los casos de ese mes. Nos reunimos todos los primeros lunes de cada mes para conversar sobre estas presentaciones.

Si este comité no encuentra objeciones (lo que ocurre en la mayoría de los casos), las mujeres que no están embarazadas pasan por ginecología quirúrgica para seguir todos los trámites pre-quirúrgicos correspondientes. Si están embarazadas pasan sus datos a la maternidad, donde llevamos un registro de los casos que están por venir. Tenemos una carpeta donde figuran los nombres de las pacientes.

Con este procedimiento quiero presentar algunos datos que van de fines de octubre del 2005 hasta mediados de agosto del 2006. En estos diez meses hemos realizado 81 ligaduras tubarias, 75 de ellas en el servicio de obstetricia y 6 en el de ginecología. La edad de las pacientes es muy variable, cuatro casos entre 22 y 25 años, once casos entre 26 y 30 años, treinta y tres casos entre 31 y 35 años, veintinueve entre 36 y 40 y cuatro casos de más de 40 años.

¿Qué número de embarazos presentaban estas mujeres al momento de realizarse la ligadura?

En realidad el número de embarazos no fue un determinante o una condición por la cual no autorizábamos una ligadura tubaria.

¿Qué número de hijos vivos tenían al solicitar una ligadura tubaria? De 1 a 3 hijos el 22%, de 4 a 6 hijos el 51%, 7 a 9 hijos el 23% y de 10 a 11 hijos el 4%.

Sabemos que hay diferentes tipos de procedimientos. Los realizados a mujeres no embarazadas por videolaparoscopia son cinco casos; por incisión transversal son dos casos y por incisión mediana un caso.

En cuanto a los procedimientos realizados vemos que tenemos más casos en el postparto normal – el 48% de los procedimientos – y treinta y cuatro casos son intra-cesáreas que

fueron por causa obstétrica, es decir que en ningún momento el procedimiento de ligadura tubaria nos representó una causa para hacer una cesárea.

Para demostrar la participación de toda la red en favorecer el ingreso a este procedimiento de anticoncepción quirúrgica, vemos que vienen de todos los centros de salud de la zona sur y sudoeste. La mayoría son del hospital 'Sáenz Peña' debido a que llevamos el control de las mujeres con alto riesgo obstétrico, o sea con patología clínica preexistente o con complicaciones del embarazo, que son las que frecuentemente han tenido otras experiencias negativas en embarazos anteriores, que ya han cumplido su paridad y que solicitan con mayor frecuencia el procedimiento de ligadura tubaria.

Después vemos centros como el 'Pasteur' con diez casos, el 'Domingo Matheu' con ocho, el 'San Vicente de Paul', 'Las Flores' y el '20 de junio' con cinco casos. Hay varios con tres casos aportados como el 'San Martín', el 'Pocho Lepratti', la Maternidad Martin, el 'Mangrullo', el 'Gaucho'.

Para finalizar con algunas reflexiones quiero decir que en derechos sexuales y reproductivos no sólo hace falta la información a las mujeres, a las usuarias, sino servicios que estén comprometidos a ponerlos en práctica. Para echar por tierra todos los fantasmas y todas las excusas que pudiéramos poner para no llevar a cabo el procedimiento, quiero contar que el Senado de la Nación, en el mes pasado, aprobó la ley que garantiza el acceso a la ligadura de trompas y a la vasectomía en todos los hospitales públicos. Basta de excusas, ha llegado el momento donde el discurso tiene que dar lugar a la acción. Gracias.



# *Anticoncepción de emergencia.*

**Daniel Teppaz**

Mientras estaba en la mesa pensaba que me da un poco de vergüenza porque yo estoy en la gestión del hospital, por supuesto hago todo lo posible para que las políticas se lleven a cabo y esto se haga realidad pero la gente que trabaja y realmente hace las cosas está allá atrás. Discúlpenme que yo ponga la cara pero tendrían que estar ellos hablando.

Trataré de aclarar algunos conceptos en relación a anticoncepción de emergencia. La definición de anticoncepción de emergencia incluye a todos los métodos anticonceptivos que las mujeres pueden utilizar en los cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado, siendo su eficacia más alta cuanto antes se tomen. En un inicio se hablaba dentro de las 72 horas, después se vio que hasta los cinco días podían actuar. Sólo deben usarse como método de emergencia y no de forma regular. Luego veremos el por qué. Esto no está asociado a un daño a la mujer sino que está asociado a la menor eficacia que tiene este método en comparación con una anticoncepción regular para aquellas mujeres que no deseen quedar embarazadas.

Las situaciones en que está especialmente indicada incluyen: una relación sexual sin uso de un método anticonceptivo (o sea, que la mujer no desee un embarazo y tampoco estaba usando un método), el uso incorrecto o el accidente como el olvido de más de tres pastillas consecutivas de anticonceptivos orales, el hecho de que se rompa un condón o se salga durante la relación sexual y se vuelque esperma en las cercanías de los genitales de la mujer, que haya un espacio mayor a una semana de la fecha en que le tocaría colocarse la inyección mensual de estrógenos y progesterona, que se expulse el DIU, que se corra el diafragma, que las mujeres que usan medroxiprogesterona trimestralmente se hayan pasado más de dos semanas de la fecha que debían colocarse la inyección, la

falla del coito interruptus. Estos son algunos de los ejemplos en que se puede usar y, por supuesto, como punto aparte, en los casos de violación si la mujer no estaba usando un método anticonceptivo.

Haciendo historia del método, esto nace en la década del '60 y fue pensado para evitar embarazos y abortos en las mujeres luego de una violación. Se empezaron usando dosis altas de estrógenos, luego se introduce el método de Yuzpe que se hace con una combinación de estrógenos y progesterona a altas dosis (al que se refería Mariana anteriormente), luego nace el uso del levonorgestrel. Tanto el método de Yuzpe<sup>1</sup> como el levonorgestrel se pueden hacer en dosis únicas o separadas. Todos estos métodos están aprobados por la OMS, por la Federación Internacional de Planificación de la Familia, la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos; cuenta con una ordenanza municipal que data de diciembre del 2001 (es la 7282, y aquí está una de las autoras) y creo que también la provincia de Mendoza cuenta con una reglamentación.

Los métodos más usados son la dosis única de 1500 ugr de levonorgestrel (LNG), que sería el más recomendado, hay productos como el Segurite<sup>2</sup> UD (única dosis) que viene en una pastilla. El levonorgestrel es un tipo de progesterona y, como tal, tiene los efectos de cualquier progesterona pero con algunas variaciones. (Progesterona quiere decir progestación). Este método es mejor que los otros métodos y reitero que cuanto antes se pueda hacer es mejor, de esto depende la eficacia, pero se puede hacer hasta los cinco días.

También se puede administrar el levonorgestrel en dos dosis de 750 microgramos, se pueden separar por un intervalo de doce horas, esto es lo que se indica habitualmente. De todos modos si se pasan de las doce, veinticuatro horas o más, no hay problemas ya que la biodisponibilidad del levonorgestrel permite que la eficacia se siga manteniendo. Se puede incurrir en un atraso en la segunda toma si cae en la madrugada y se queda dormida o se puede tomar las dos pastillas juntas por más que vengan separadas. Lo importante es empezar cuanto antes con la primera dosis.

Otro método, que en realidad fue el primero que surge, es el de Yuzpe que es un combinado de dos medicamentos y para calcular cuántas pastillas hay que tomar hay que tratar de sumar 100 microgramos de etinilestradiol y 500 microgramos de levonorgestrel, cada

---

1. [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78\\_2\\_06/ped09206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78_2_06/ped09206.htm)

2. Ver "Cuestiones sobre levonorgestrel y contracepción de emergencia" en e-lista: <http://www.essentialdrugs.org/efarmacos/archive/200508/msg00026.php>

una separada por un intervalo de doce horas. Se puede hacer antes de los cinco días pero también, cuanto antes se haga mejor.

Las pastillas a las cuales tenemos habitualmente mayor acceso y son más baratas en el mercado son las de 30 microgramos de etinilestradiol y de 150 microgramos de levonorgestrel, entonces dentro de los cinco días de una relación sexual no protegida hay que tomar cuatro pastillas y doce horas después cuatro pastillas más y tomar la primera dosis lo antes posible. Si usáramos una píldora de 20 microgramos tendrían que tomar cinco pastillas para llegar a los 100 microgramos y a las doce horas se pueden tomar las otras.

La eficacia anticonceptiva de este método se puede mirar de dos maneras: es la proporción de mujeres que se embarazan a pesar de usar el método o la proporción de embarazos que se evitan gracias al uso del método, proporción que se calcula a partir de la probabilidad de embarazos de mujeres normales que desean embarazarse. Esto viene a cuento de que no todas las relaciones sexuales sin protección dan lugar a un embarazo: de cien mujeres que no tienen ningún inconveniente teniendo relaciones sexuales una vez al día, tienen la probabilidad de que se produzca una fecundación en el 50% de los casos y en la mitad de esos casos, o sea en el 25%, se lograría la anidación y que haya un embarazo. Entonces de las setenta y cinco mujeres que quedaron, al mes siguiente, el 50% van a tener la probabilidad de que haya una fecundación y la mitad va tener la posibilidad de lograr un embarazo.

Si lo hacemos en las 72 horas, la eficacia estaría más o menos en 1,1% a 1,3% para el método del levonorgestrel y del 3,2% con el método de Yuzpe.

También se puede relacionar la eficacia estimada en la anticoncepción de emergencia según el día del uso, según el día desde que se produjo la relación sexual sin protección. La eficacia va disminuyendo desde el día uno al tres entre el 91 a 69%; el día cuatro, el 53%; el día cinco, 31%. Para el método de Yuzpe: del uno al tres la media es del 74%. Se hace la aclaración entre uso correcto y uso típico, técnicamente cuando hablamos de *uso correcto* es cuando se hace todo al pie de la letra y de acuerdo a como se indica en el prospecto; el *uso típico* es el uso que se le da a un método anticonceptivo con las individualidades de cada uno y los errores que se puedan cometer en su uso.

Los datos son de un trabajo que ha hecho la OMS sobre 3757 mujeres.

El efecto de las hormonas administradas depende del día del ciclo menstrual en el que se usan y de la fertilidad de la mujer. Si se usan antes de la ovulación, las píldoras de anticoncepción de emergencia pueden impedir la liberación del óvulo, pueden alterar el transporte y la vitalidad de los espermatozoides, ambos mecanismos impiden la fecun-

dación. Las píldoras de anticoncepción de emergencia no impiden la implantación, no interrumpen un embarazo establecido, por lo tanto no producen aborto.

Un ciclo femenino comienza con una menstruación y culmina con el inicio de la otra, entre el día 10 y 22 se produce la ovulación. Los espermatozoides tienen una capacidad de supervivencia dentro del tracto genital femenino de cinco días antes de la ovulación y las horas que dura el óvulo. Ese sería el período donde, si actúa la anticoncepción de emergencia tiene más probabilidades de tener éxito, que es inhibiendo la ovulación, fundamentalmente actuando sobre el pico de la LH o a través de una acción sobre los espermatozoides.

Si se relaciona la inhibición de la ovulación y disfunción del proceso ovulatorio en respuesta al levonorgestrel de acuerdo al diámetro folicular y al momento de la administración, cuando el diámetro folicular es de 12 a 14 mm hubo 15 de 18 mujeres que inhibieron la rotura folicular (83%); de 15 a 17 mm, hubo 8 de 22 (36%); y cuando es mayor o igual a 18 mm que es cuando estamos prácticamente sobre la ovulación, hubo 2 de 17. Comparado con el placebo prácticamente no hay diferencias. O sea que, cuanto más cerca estamos del momento de la ovulación, más probable es que no la inhiba, es decir que tiene menos eficacia.

En la disfunción ovulatoria lo que se produce es un retardo en la ovulación y, por lo tanto, los espermatozoides que pudieran estar en el tracto genital inferior dejan de tener efectividad para la fecundación. Pero cuando se junta el efecto de la inhibición de la rotura folicular más la disfunción ovulatoria: cuando tenemos un folículo de 12 a 14 mm, 17 de 18 mujeres tienen alguna disfunción o problema; cuando tenemos un folículo de 15 a 17 mm, son 20 de 22 mujeres; cuando tenemos uno de 18 mm o más, 8 de 17 mujeres. En el caso del placebo 2 de cada 16.

En cuanto al efecto sobre el endometrio hay varios estudios hechos en relación al efecto que tienen sobre el mismo. Se examinaron muestras de endometrio tomadas en el período receptivo, o sea, luego de ocurrida la ovulación. Luego de administrar el régimen de Yuzpe sólo encontraron mínimas diferencias en los parámetros morfológicos y moleculares examinados, en comparación con los controles de las mismas mujeres (las mismas mujeres fueron examinadas con el método de Yuzpe y sin él). Se destacan los estudios de Croxatto<sup>3</sup> que es uno de los líderes.

---

46 | 3. Ver trabajo "Anticoncepción de Emergencia" de S. Díaz y H.B.Croxatto, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, en sitio <http://www.redece.org/aechile.rtf>. (Nota Editorial)

Desde el punto de vista farmacológico y fisiológico parece muy improbable que la administración de una progestina sintética como el levonorgestrel, altere el proceso que normalmente es inducido por la progestina natural al actuar sobre el endometrio que creció bajo el estímulo estrogénico. Los estudios de Durán y de Marions<sup>4</sup> son los más importantes; este último es mucho más indicado en cuanto a la cantidad de parámetros moleculares y biológicos que analiza. Los resultados confirman que cuando no suprime la fase lútea, el levonorgestrel administrado como anticoncepción de emergencia, no interfiere con el desarrollo progestacional del endometrio, lo que no da ningún apoyo a la hipótesis de que el levonorgestrel altere el endometrio e impida la implantación. Para decirlo de otra manera, en una forma un poco ordinaria: si ocurre la fecundación y ocurre la implantación... 'fuiste, alpiste', el embarazo sigue. Si la mujer está embarazada y le damos una progesterona lo que hacemos es darle una de las hormonas que habitualmente actúa en el embarazo y no pasa nada. De hecho también tenemos la experiencia de las mujeres que estando embarazadas le hemos dado anticonceptivos orales o inyecciones de medroxiprogesterona y el embarazo sigue adelante.

El estudio sobre el efecto sobre la migración y función espermática es muy importante y es el único. Se hizo con la administración de 400 microgramos de levonorgestrel a las diez horas después del coito y tres horas después de la administración disminuyó el número de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina. Siempre hay que tener en cuenta que los primeros espermatozoides que suben no son los que producen la fecundación porque son los más ineficientes. Los espermatozoides para poder surtir efecto necesitan un proceso que se denomina capacitación y la misma se hace gracias a que el moco cervical, cuando la mujer está en el período fértil, tiene una estructura con canales o calles que dirigen a los espermatozoides hacia las glándulas cervicales, quedan estacionados allí y se capacitan, se nutren, y se van liberando de a poco para que exista, en el período de cinco días, una concentración que se vaya renovando en las trompas de Falopio donde se produce el 90% de las fecundaciones.

En el caso del estudio con este anticonceptivo, a las tres horas hay disminución del número de espermatozoides, a las cinco horas hay inmovilización por aumento de pH del fluido uterino y a las nueve horas aumenta la viscosidad del moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides. O sea que ese moco que tenía autopistas hacia las glándulas y hacia el interior del útero cambia su estructura molecular de manera tal que se cierra e impide la penetración de los espermatozoides. Éste es el mecanismo de acción

---

4. Marions L, Hultenby K, Lindell et al: Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol.* 2002 Jul; 100(1):65-71.

principal que tienen los anticonceptivos de sólo progesterona como la minipíldora que se utiliza durante la lactancia.

Los beneficios de la anticoncepción de emergencia son evitar un embarazo no deseado, evitar abortos con las consecuencias para la salud de las mujeres y, en caso de violación, como legítima defensa de una de las posibles consecuencias de una agresión injusta.

Los efectos adversos cesan en el plazo de 24 horas y los más frecuentes son náuseas, vómitos, mareos, fatiga, cefalea, sensación de tensión mamaria. Cuando comparamos los efectos adversos, las cifras entre los combinados (el método de Yuzpe y las pastillas anticonceptivas fraccionadas) y el levonorgestrel, son mucho menores con este último. De todos modos, si la mujer tuviera náuseas tendríamos que prever el uso de un antiemético, si tuviera un vómito que se produjo antes de que pasen dos horas desde que tomó las pastillas, tiene que volver a ingerirlas. También está descrita, pero no tengo demasiados avales, que se puede hacer intravaginal.

Ustedes saben que la OMS tiene los criterios de elegibilidad para todos los métodos anticonceptivos donde coloca los posibles riesgos que tiene una mujer y, de acuerdo a eso, los pone en una categoría por lo cual los hace aceptables o no. Según estos criterios, la anticoncepción de emergencia no tiene contraindicaciones. Si quisiéramos ser un poco más finos en el análisis, para enfermedades cardiovasculares severas, angina de pecho, migrañas, enfermedades hepáticas severas, sería categoría 2 dentro de los criterios de elegibilidad, lo que significa que los beneficios que produce superan los riesgos, o sea, los beneficios que estas mujeres con semejantes problemas de salud no se embaracen opacan totalmente los riesgos mínimos que pudieran existir.

En cuanto a la atención y orientación potenciales para usuarias de anticoncepción de emergencia, una de las cosas que habría que hacer es descartar un embarazo porque ¿para qué se la vamos a dar si está embarazada?. Habría que saber la fecha de la última relación sexual no protegida para tener en cuenta que los plazos no sean mayores a cinco días. Hay que asegurarse que la mujer no desea realmente quedar embarazada (esto amerita una pequeña charla pero no es una condición sine qua non). Informar sobre efectos colaterales y qué hacer ante los mismos. Informar sobre cómo debe protegerse para evitar un embarazo luego de una anticoncepción de emergencia porque el hecho de que la haya utilizado no significa que en los días que siguen esté protegida. En general es conveniente entregar anticoncepción de emergencia, algún método de barrera en lo inmediato y pactar algún método anticonceptivo para cuando tenga su privación (sería casi sinónimo de menstruación). Otra cosa sería cómo continuar con la anticoncepción si lo desea, algunos describen que se podrían dar los métodos hormonales inmediatamente,

que no habría ningún problema, y sino con la próxima menstruación se podría iniciar cualquiera de los métodos anticonceptivos.

La consejería no es requisito para entregar anticoncepción de emergencia ni tiene que ser un profesional médico quien lo haga. Esto hay que tenerlo muy en cuenta.

No es aconsejable el uso repetido porque, aparte de que pueda producir malestar y demás, el problema es que no es un método que tenga mucha eficacia, el Yuzpe es del 74% y se puede llegar a un 90% con el levonorgestrel si lo administramos en un período del ciclo donde hay más probabilidades de protección, pero no se pueden comparar nunca con el 99% de eficacia de los anticonceptivos orales.

Existen otros métodos descritos como anticoncepción de emergencia. Yo me referí fundamentalmente a éstos pensando en la disponibilidad de contar con el producto dentro del ámbito de la municipalidad. Existe el DIU aplicado dentro de los cinco días (de hecho muchas veces no nos damos cuenta que estamos haciendo anticoncepción de emergencia, siendo que no siempre es lo más adecuado colocarlo sobre la menstruación porque hay una mayor tasa de expulsiones). Hay otro método que no está disponible, el RU486. Tiene un mecanismo de acción totalmente diferente y no es anticonceptivo<sup>5</sup>.

### *Bibiana Talamoni*

Quería aclarar algo: Tenemos que diferenciar esta última droga de lo que estábamos hablando. Lo planteo porque sino se confunde y es lo que ha hecho el fundamentalismo desde hace mucho tiempo. Confunde. La RU486 es la pastilla francesa abortiva y no debe confundirse con lo que es anticoncepción de emergencia.

### *Daniel Teppaz*

Ocupa los receptores de progesterona y tiene una acción antiprogesterona. Por ende si hay un embarazo establecido lo desprende porque éste depende de la progesterona en sus primeros estadios. Esta es la vista desde mi balcón. Muchas gracias.

---

5. RU-486: fármaco que se utiliza para producir microabortos de embriones de pocos días de vida. Es producto de investigación número 486 de la Roussel-Uclaf, filial de Hoechst. Es una antiprogesterona y fue aprobada por la FDA. (Nota editorial) Ver críticas en: [www.corazones.org/moral/vida/ru486.htm](http://www.corazones.org/moral/vida/ru486.htm)





## *Participante*

Las consejeras del hospital 'Roque Sáenz Peña' estamos yendo a las escuelas y estamos obteniendo buenas respuestas. La escuela nos da un espacio y van tanto varones como mujeres. En las consejerías casi no teníamos respuestas. En las escuelas, sí. Vienen los dos.

Es una buena estrategia. Son adolescentes. Nosotros estamos trabajando con chicos de catorce a dieciséis años hasta dieciocho o más (en el grupo del turno noche son más grandes).

Es una buena estrategia hacerles ver que la responsabilidad es compartida, si bien esto tendría que darse desde mucho antes. Llegamos tarde ya.

## *Bibiana Talamoni*

Creo que si hay algo interesante es cuando empezamos a trabajar con chicos de escuelas primarias en educación sexual. Fue muy significativo escuchar a chicos de cuarto grado preguntando por el aborto.

Las mujeres preguntaban cuánto cuesta, qué problemas trae, si se puede quedar estéril. Mientras que los varones preguntaban por qué hay madres asesinas, por qué hay madres que no quieren a sus hijos. Ya desde tan chiquitos desentendiéndose del papel que cumplirían. Como que esto no les correspondiera.

Con respecto a lo que están planteando de las consejerías en la escuela, hay otra cosa ¿qué pasa con la educación sexual en las escuelas? Nuestra ley ya va a ser adolescente, va a cumplir catorce años y seguimos frenando y ‘tirando la pelota para adelante’.

No se puede llevar adelante un programa de salud sexual y reproductiva si no existe alianza entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud para llevarla adelante en las escuelas desde jardín de infantes. Y acá estamos dejando piedra libre a otro tema muy nefasto: el abuso sexual infantil. En el 2003, en Santa Fe, nacieron 404 bebés de mamás entre nueve y trece años (no sé qué pasó en el 2004 y en el 2005). Estos bebés son frutos de violación y abuso.

Es una cosa fundamental a tener en cuenta: el pedir y exigir la cuestión de la educación sexual.

### *Participante*

Respecto a las adolescentes. Tienen catorce años ... ¿podemos decir que esa nena tiene capacidad para decidir?

Yo no acuerdo bajo ningún punto de vista. Ni psicológicamente, ni socialmente, ni emocionalmente hay condiciones para poder decidir acerca de un hecho tan trascendente si se lo toma como corresponde. Después se pagan las consecuencias de que no fue un hecho pensado desde la trascendencia que tiene. Se hará cargo la abuela o lo abandonará. No hay madurez como para tomar esa decisión.

Esto es un riesgo, porque también podemos caer en pensar que no pueden decidir. Hay brechas y edades donde merece ser tenido en cuenta si realmente están decidiendo o no.

### *Participante*

Yo soy trabajadora social del centro de mujeres ‘Juana Azurduy’ y trabajo en talleres con las mujeres del lugar.

Estoy de acuerdo con Liliana y Bibiana de que hay que trabajar con los hombres. Pero en el trabajo con las mujeres surge, muchas veces, que estos hombres sí deciden sobre su sexualidad y sobre qué métodos utilizan o no. Esto me parece grave.

El tema tiene que quedar claro, la decisión sobre la anticoncepción es de la mujer porque es el cuerpo de ella el que se está utilizando y es su subjetividad la que va a atravesar el proceso de maternidad.

Trabajamos con población que tiene pocos recursos económicos e intelectuales y nos encontramos con ese límite: que muchas veces sus maridos no les permiten acceder a un método anticonceptivo. Entonces es importante trabajar con los varones para que se hagan cargo de su sexualidad pero que la decisión sobre el cuerpo sea de la mujer.

### *Beatriz Martinelli*

Nosotros habíamos llevado a cabo una encuesta muy interesante el año pasado. Se hizo en las dos maternidades y en varios centros de salud. Ahora queda la parte de encuesta poblacional. Tocamos diversos aspectos de salud sexual y reproductiva.

Los datos de las mujeres encuestadas en el 'Roque Sáenz Peña' decían que habían podido planificar solamente embarazos en el 33% de los casos. Se les preguntaba si habían podido planificar todos los embarazos, algunos o ninguno. Sólo el 33% dijo que planificó siempre.

También se les preguntaba si el varón participaba en la decisión de la anticoncepción. Más del 50% decía que no. Se les preguntó por qué y la mayoría dijo que era cosa de mujeres. Incluso las mismas mujeres, en algunos casos decían que eso lo decidían ellas.

Hay algunos datos que surgen a través de encuestas de nuestras acciones sobre salud sexual y reproductiva. Hay dos hechos que me parecen destacables (esta encuesta la estamos aplicando en usuarias de nuestros servicios de salud). Uno es que el 68% de las mujeres encuestadas manifestó que utiliza algún método anticonceptivo. En segundo lugar, la multiparidad no es un fenómeno mayoritario en esta población (tengamos en cuenta que es la más vulnerable de la sociedad).

El 68% de las mujeres tiene tres hijos o menos. Las situaciones de multiparidad (mujeres con cuatro hijos o más) se dan solamente en el 27% de los casos de esta población que es la que tiene mayores tasas de fecundidad.

Dos hechos destacables: cuando las personas tienen acceso a los métodos anticonceptivos, los asumen y utilizan sistemáticamente en el tiempo. Además, pueden

ejercer su decisión del número de hijos que desean tener. Esto se refleja claramente en la disminución constante de la multiparidad.

Otro fenómeno que también se expresa en las encuestas es el del embarazo adolescente. El 68% de las mujeres tiene sus hijos antes de los diecinueve años de edad. Tienen pocos hijos pero son maternidades tempranas. Esto también forma parte de las decisiones ya que tener hijos a estas edades tempranas, para estos sectores sociales, es un proyecto de vida. Es un fenómeno que lo vemos muy reflejado en esta evaluación.

Una segunda etapa que tiene esta investigación es ver qué pasa en la población en general, en la población de la zona de influencia de los centros de salud (que pueden ser usuarios o no). Esta parte de la encuesta se está procesando ahora y queremos tener datos que nos permitan hacer esta comparación.

### *Participante*

Me quedé pensando en la diferencia entre la accesibilidad a la información que tienen las mujeres cuando van a solicitar un método y la apropiación de un método. Recién en el proceso de apropiación van a tener más éxito que si no lo atraviesan.

Me quedé pensando en lo que se decía de la construcción del cuerpo, cómo nos vemos las mujeres en determinadas etapas de la vida. ¿Cuáles serán las preguntas apropiadas para hacer en esos momentos?, ¿cómo abrir el juego en la entrevista (a pesar de las limitaciones del tiempo)?, ¿qué otras preguntas deberíamos incorporar cuando charlamos con estas mujeres? ¿Cómo es su cotidianeidad?, ¿cómo es un día? A veces parece algo muy de 'recetita', pero ahí nos vamos a dar cuenta de los condicionamientos culturales, cómo viven. Nos vamos a dar cuenta si sufren violencia, por ejemplo. Hay indicadores. Nos podemos dar cuenta de qué indicadores de violencia podemos encontrar que estén sufriendo. Cuántos de estos hombres están decidiendo por ellos y por ellas.

Ahí se nos abriría el panorama. Con todo lo que empiezan a decir, podemos darnos cuenta que un método no le puede llegar a servir.



# Panel 2. *Aborto No Punible.*



*Coordinador*  
**Dr. Gustavo Englander**

*Disertantes*  
**Dra. Matilde Bruera**  
*Defensora Pública Oficial de Tribunales  
Orales de lo Federal Criminal de Rosario.  
Directora del Centro de Estudios e  
Investigación en Derechos Humanos  
Juan Carlos Gardella.*

**Dra. Mabel Gabarra**  
*INDESO Mujer*

**Ps. Lidia Ramirez**  
*Equipo Área de la mujer.  
Secretaría de Promoción Social.*



*Contextualización de las situaciones  
de abortos no punibles desde  
la perspectiva del Derecho.  
Rol desde el sector salud.*

**Mabel Gabarra  
Matilde Bruera**

*Mabel Gabarra*

Buenos días a todas y todos. En primer lugar quiero decirles que estoy muy contenta de estar acá en representación de MAR (Mujeres Autoconvocadas, Rosario). Contenta porque se ha dado este seminario de capacitación, iniciativa de MAR en el mes de enero de este año.

Quisiera poder transmitirles a ustedes qué es lo que dicen los jueces en esto de los abortos no punibles. Especialmente lo que han dicho en los últimos dos casos que tuvieron gran repercusión pública, el de La Plata y el de Mendoza. Quiero ser exacta en los hechos sucedidos, en cómo se desarrollaron en la Justicia los casos y qué dijeron textualmente los jueces de la posición mayoritaria en la Suprema Corte de Buenos Aires y en la Suprema Corte de Mendoza. Es muy difícil, especialmente en los sectores que trabaja salud, que se lea una sentencia, sino que se leen los comentarios en los diarios. Lo que dicen realmente los jueces es de conocimiento de los que están en el campo de los derechos. Es interesante ver cómo van avanzando algunas mentalidades en el campo de la Justicia.

Tomé tres casos de abortos no punibles, que ocurrieron en Rosario, La Plata y Mendoza. En los tres casos hubo intervenciones que perjudican a las personas víctimas de los abusos sexuales. Los que más tuvieron difusión fueron el de La Plata y el de Mendoza.

El caso sucedido en Rosario. El 26 de diciembre de 2005, la madre de una niña discapacitada mental, violada y embarazada producto de esa violación, llama al programa

de la mañana, conducido por Novaresio<sup>1</sup> para pedir que le hagan un aborto a su hija. Evidentemente para esa madre, recurrir a los medios fue la única posibilidad que vio de encontrar una salida. Pero esa exposición en los medios en forma tan temprana no colaboró demasiado en la resolución de la cuestión. Aunque fue a través de esa intervención que MAR pudo contactarse con esta señora a fin de prestarle contención y apoyo.

Días después, el 2 de enero de 2006, un grupo de compañeras de MAR decide presentarse en la Secretaría de Salud Municipal a fin de plantear este caso y hablar sobre las posibilidades de que el aborto sea practicado por un efector público municipal. En esa oportunidad, se hace entrega de una nota con argumentos respecto a la legalidad de un aborto en esas condiciones, ya que el mismo se encontraba comprendido dentro de las disposiciones del art. 86, inc. 2 del Código Penal.

El día 5 de enero de 2006, la madre presenta un pedido formal a la Secretaría de Salud Pública solicitándole se le practique la interrupción del embarazo a su hija por tratarse de un caso de aborto no punible y que se determine a qué efector de salud debía dirigirse. La Secretaría de Salud hace una presentación judicial solicitando la autorización respectiva y alegando que el art. 86, inc. 2, refiere que el aborto no punible por violación de una mujer idiota o demente (tal como lo dice) requiere de autorización judicial y del consentimiento de su representante legal. Como en nuestro ordenamiento la patria potestad es compartida y el padre se hallaba ausente, resulta necesario que la Justicia supliera con su autorización la ausencia del consentimiento paterno.

Frente a esta intervención, y en desacuerdo con la misma, MAR presenta un documento donde fijaba su posición respecto a estas dos cuestiones: la solicitud de autorización judicial y la venia judicial. Con referencia a la solicitud de autorización judicial, en el documento de MAR se expresaba que el art. 86 del Código Penal, referido a los casos de abortos no punibles, señala que deben darse algunos requisitos para que dicha práctica resulte lícita: debe ser realizado por un médico diplomado, se debe requerir el consentimiento de la mujer gestante en caso de peligro para su vida o su salud o del representante legal en caso de embarazo producto de una violación del caso de una mujer idiota o demente (cuando digo esto, utilizo las palabras del Código, aunque no esté de acuerdo con esa terminología). Por tanto, el Código Penal no establece la necesidad de autorización judicial para realizar la práctica del aborto. A pesar de que existe una corriente en la Justicia, basada fundamentalmente en cuestiones religiosas o ideológicas más que jurídicas, que avala el pedido de autorización judicial, la corriente mayoritaria

---

58 | 1. Luis Novaresio, abogado y conductor de medios masivos de comunicación. (N. del Editor)



en la actualidad establece que es innecesaria la solicitud o la autorización para realizar el aborto no punible. Basándose en que el texto legal no exige esa autorización, sino en que la Justicia no está habilitada para resolver cuestiones que pertenecen al ámbito propio y específico de la salud.

Esta corriente se expresa también en un fallo de la Suprema Corte de la provincia de Buenos Aires del año 2005, citado en el documento de MAR, donde ante un pedido de autorización para realizar un aborto basado en el inc. 1º del Código Penal (es decir, peligro para la vida de la madre gestante por sufrir una miocardiopatía severa) uno de los votos de la postura mayoritaria expresaba 'los médicos están facultados para realizar las prácticas médicas que consideren más adecuadas para salvaguardar el derecho a la salud y a la vida, ya que la determinación de los riesgos y de las prácticas a adoptar competen exclusivamente a la discrecionalidad de los profesionales médicos, conforme con los conocimientos y técnicas propios de sus ciencias, por lo que resulta a todas luces innecesaria la autorización judicial. Incluso, un pedido de esa naturaleza actúa en desmedro de los derechos que se intentan proteger'.

El documento de MAR citaba otro fallo del Juzgado contencioso administrativo y tributario N° 1 de la ciudad autónoma de Buenos Aires que, ante un amparo presentado por la negativa de practicar un aborto en caso de anencefalia si no mediaba previamente venia judicial, señaló que la condición de venia es de cumplimiento imposible pues ninguna norma establece que corresponde a la Justicia otorgar tal clase de venia en cuestiones que, como la planteada, están subordinadas exclusivamente a criterios de la ciencia médica. Agrega el juzgado que tampoco hay una norma que prohíba la práctica que se pide. La práctica del aborto terapéutico está despenalizada por lo que resulta improcedente judicializar las prácticas propias del arte de curar mediante autorizaciones. Se termina restando eficacia y burocratizando las decisiones que a menudo deben adoptarse en un quirófano. Si el proceder es lícito o ilícito depende de condiciones médicas que solamente los profesionales de la Medicina pueden evaluar y ningún juez puede convertir lo legal en ilegal, o viceversa, contrariando esa evaluación. El ejercicio de la competencia es obligatorio y no puede eludirse recurriendo a supuestas venias judiciales que no están previstas por la ley ni tienen por qué estarlo, en definitiva. Como se ha dicho no es necesario autorizar lo lícito ni se puede legalizar lo ilícito. En consecuencia, si cierta práctica denominada jurídicamente 'aborto terapéutico' o 'aborto eugenésico' fuera ilícita, no habría posibilidad de que un magistrado judicial pudiera transformarla en una práctica lícita a través de la sentencia.

Bajo esta decisión de solicitar venia judicial para actuar, cuando los propios profesionales de la salud consideran que hay criterios clínicos para hacerlo, se encuentra un gran temor

a las consecuencias legales que la práctica pueda acarrear. Con relación a esta cuestión, este fallo dice 'no obtienen ni pueden obtener los médicos la liberación de responsabilidad que pretenden. El resultado concreto es la prolongación del sufrimiento de personas que tienen derecho a la asistencia médica pronta y cierta; no debe olvidarse que son por lo general de condición humilde y, por ende, están sumamente limitadas para procurarse una adecuada defensa de sus derechos'. En efecto, quienes asisten a los efectores de salud pública son personas que generalmente se encuentran en condiciones más empobrecidas que aquellas que cuentan con una cobertura de obra social o con la posibilidad de pagar una consulta privada. Las mujeres que se encuentran en esta última situación, tienen mayor receptividad en el ámbito privado para la realización de una interrupción de embarazo en razón del art. 86.

La actitud del sistema médico fundada en el miedo no se compatibiliza con la necesaria garantía del derecho a la salud que deben ejercer en el sistema público de salud. La salud pública debe ser para todas y todos. No debe reconocer restricciones ideológicas ni religiosas. Eso en cuanto a la autorización judicial.

En cuanto a la venia. En cuanto al hecho de que la patria potestad es compartida y entonces, como en el caso de Rosario, se debía suplir la autorización paterna por la venia judicial, es incorrecto. La madre es la representante legal de la menor. El art. 264 del Código Civil en el inc. 1º señala que en caso de que padre y madre no estén juntos, se presumirá que los actos realizados por uno de ellos cuentan con el consentimiento del otro, salvo en los supuestos contemplados en un artículo, entre los que se cuentan la autorización para salir del país, entrar en una orden religiosa o casos que se refieren a disposición de los bienes de los menores. El art. 264 no menciona cuestiones referidas a la salud o a la vida, por lo tanto, la protección a la salud no es un elemento que pueda quedar sujeto a los tiempos judiciales con todos sus rituales formalistas, ya que unas pocas horas o días puede implicar la diferencia entre la vida y la muerte de una persona. El art. 307 del Código Civil expresa que el padre o la madre que hiciera abandono de sus hijos puede quedar privado de la patria potestad y en este caso, el de Rosario, existía abandono paterno.

### **Conclusiones respecto a este caso:**

Primero. Ante lo establecido en el Código Civil, el pedido de venia al Tribunal formulado por la Secretaría era innecesario y podía, incluso por la demora que provocaba, resultar peligroso para la vida y la salud de la niña discapacitada. En consecuencia, podría haber generado responsabilidad por los daños que hubiese podido ocasionar. En ese caso,

recurrir a la intervención judicial por miedo a las consecuencias para los efectores públicos municipales constituyó, evidentemente, una mala praxis porque el miedo es mal consejero.

Segundo. La oportuna intervención de MAR en el caso, el acompañamiento realizado a la madre de la niña discapacitada, las gestiones realizadas ante la Secretaría, el aporte realizado de elementos teóricos y de jurisprudencia, las propuestas de acción formuladas por MAR como la realización de un seminario de capacitación (éste que estamos realizando) y la elaboración de un protocolo de atención médica en casos de abortos no punibles, fueron pioneros en relación a los casos que luego sucedieron en La Plata y Mendoza, y reveladores de la importancia que adquiere la acción ciudadana en estos casos donde está en juego el derecho a la salud de las personas.

También la acción de MAR muestra lo que se puede lograr cuando se actúa con responsabilidad y se respetan las decisiones y la intimidad de las personas. En este caso los medios se inmiscuyeron demasiado. Pero eso no es responsabilidad de la Secretaría ni de MAR sino un error de la madre causado por la desesperación, que antes de acudir al sistema de salud pidió el aborto en un programa de radio. Eso significó una exposición mediática que no colaboró demasiado para el desarrollo posterior.

Los casos de La Plata y de Mendoza sucedieron posteriormente. En La Plata hay una mala praxis judicial porque el sistema de salud funcionó bien hasta que fue extorsionado. Las cosas sucedieron de otra manera a partir de las amenazas y las extorsiones sufridas por el hospital donde debía realizarse la práctica por parte del rector de la Universidad Católica de La Plata.

El 24 de junio de 2006, la madre de una menor denuncia ante la Delegación Departamental de investigaciones en función judicial N° 1 de La Plata, que su hija de diecinueve años, deficiente mental, había sido víctima de abuso sexual y quería instar la acción penal. En ocasión de formular la denuncia, la señora dice lo siguiente: 'yo sólo quiero saber si es posible interrumpir este embarazo dado que mi hija, por la discapacidad que padece, no se encuentra en condiciones de traer un hijo al mundo y tampoco podemos, junto a mi otra hija hacernos cargo del bebé que va a nacer'. La madre no pide autorización judicial. Cuando hace la denuncia de abuso dice que 'sólo quiere saber'. Ante este requerimiento de información la asesora de menores le da intervención al defensor oficial para que le brindara el asesoramiento a la señora.

La señora se entrevista con el defensor y lo autoriza expresamente a realizar todas las gestiones necesarias al efecto de interrumpir el embarazo, acompañando la documentación pertinente. ¿Qué hace el defensor? Dio intervención a la jefa de Ginecología del hospital

'San Martín'. Esta médica dice que consultaría con el equipo de trabajo y con el director médico del hospital a los fines de brindar respuesta en cuanto a la realización de la interrupción del embarazo, sin necesidad de autorización judicial conforme lo establece el art. 86, segundo párrafo del Código Penal.

El 30 de junio, esta ginecóloga, ante un requerimiento de informes del defensor, responde que no habría impedimento para la realización del aborto eugenésico sin autorización pero que debía dar intervención al comité de bioética del hospital a fin de que emita opinión.

El 4 de julio, la asistente social de la fiscalía general departamental mantuvo una conversación telefónica con la médica y ésta le informa 'la menor fue internada en el día de la fecha en el nosocomio a fin de realizarle todos los estudios pertinentes a la detección de enfermedades infecto-contagiosas, la realización de ecografía abdominal, electrocardiogramas y demás estudios tendientes al riesgo pre-quirúrgico'. En su entender, probablemente, el día 6 de julio, se llevaría a cabo la reunión del comité de bioética y en caso de dar anuencia para la intervención, se decía que la embarazada estaba preparada clínicamente para proceder al raspado.

Hasta ahí la intervención de la Justicia se limitaba a investigar la violación y el defensor general a facilitar a la señora, en tanto asesor de la misma, que la interrupción del embarazo se hiciera en el hospital 'San Martín'. Éste, por su parte, había preparado a la niña para realizar la práctica. Sólo faltaba la resolución del comité de bioética.

¿Qué pasó? La titular de la unidad funcional N° 5, la Dra. Sonia Aguilar, el mismo día (4 de julio), sin derecho alguno y sin petición de nadie, sólo por convicciones personales y a los fines de trabar el desarrollo de los hechos, extrae un juego de fotocopias del expediente de violación y las remite de urgencia al juzgado de menores en turno, aludiendo a que el art. 86 era inconstitucional y dudando de la patología de la menor.

La jueza de menores, la Dra. Ciro, de triste historia (la habrán leído en los diarios), ordena una serie de medidas, entre otras la realización de una evaluación psiquiátrica de la menor y el pedido de remisión de la historia clínica. La asesora de menores le reitera a la jueza que ella no ha solicitado la venia judicial y le dice que se abstenga de intervenir. Sin embargo, la jueza avanza y dicta una sentencia prohibiendo la práctica de interrupción del embarazo. Reconoce que hubo abuso sexual y que la menor es discapacitada mental, pero si bien esto es un daño no podía agregarse un daño mayor a lo que ya había sucedido (el aborto). Fundamenta esa decisión en normas y convenios internacionales de derechos humanos y no sólo prohíbe el aborto, sino que como medida de protección al

niño por nacer y a la menor, ordena la concurrencia mensual de la menor al juzgado con la constancia médica de control del embarazo.

Esta jueza, después le explica a la prensa que sus convicciones personales le impedirían fallar de otra manera. Hoy tiene un pedido de juicio político para removerla porque todo lo que hizo estuvo mal.

La resolución fue apelada por la defensa de la joven y va a la Cámara primera de Apelación en lo civil y comercial de La Plata, que ratifica la sentencia de la jueza de menores. La defensa va a la Corte apelando la sentencia de la Cámara. Ahí sí, la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Buenos Aires saca una sentencia donde dice 'la aplicación del art. 86, inc. 2 del Código Penal, no requiere autorización judicial. Segundo, en vista de que el presente caso encuadra en un supuesto objetivo no incriminado por el ordenamiento jurídico, con el alcance que surge del voto mayoritario de esta sentencia, no corresponde expedir un mandato de prohibición a la práctica de interrupción del embarazo sobre la joven en tanto esa intervención se decida llevar a cabo por profesionales de la medicina, en función de sus reglas del arte de curar. Tercero, poner en conocimiento del Poder Ejecutivo de la provincia la situación de la joven y su madre, exhortándolo a fin de que provea las medidas asistenciales y sanitarias que estime adecuadas para asegurar su salud, tratamiento y la satisfacción de sus necesidades sociales básicas'.

¿Qué dice la Corte? Hay que preocuparse por esa niña, hay que interrumpir el embarazo pero, además, hay que ocuparse de su madre que es la que ha estado siempre al lado de ella, es quien la cuida y carga con toda la cuestión. No es la vida por nacer, sino la vida de los que están y que están sufriendo muchísimo ante esta situación.

En esta sentencia se dice que no corresponde prohibir el aborto, pero tampoco ordena hacerlo porque no se había solicitado en ningún momento. Entonces ¿qué pasa? Los fundamentalistas, encabezados por el rector de la UCA de La Plata, intervinieron, amenazaron personalmente al director del hospital y a los médicos, hicieron presentaciones judiciales. Esto provocó miedo en el hospital y se vio porque en las declaraciones posteriores dijeron que el aborto no podía hacerse porque estaba en las veinte semanas de embarazo y era mentira.

Esta niña diez días después se hizo una ecografía en forma privada y ahí recién estaba cursando la semana veinte del embarazo. El hospital mintió y creo que es excusable la mentira cuando se actúa presionado o amenazado. Pero no es del todo excusable porque el que debería haber sido castigado por las amenazas o las intimaciones es el rector de la UCA. Su actuar fue extorsivo y él incurría en la falta.

¿Cómo termina este caso? Debido a la solidaridad, al apoyo y contención de un grupo de mujeres y de colectas realizadas, se pudo realizar el aborto en una clínica privada a un costo muy alto. Fíjense la ironía: una práctica que está legalizada y que estaba autorizada por la Corte Suprema de Justicia, se realizó en forma clandestina.

Esto no paró ahí. Posteriormente (hace muy poco) esta gente, encabezada por el rector de la UCA, presenta un recurso ante la Corte Suprema de Justicia bonaerense diciendo que se investigue y se condene al que había realizado el aborto porque era un homicidio culposo y por lo tanto debía ser penalizado como tal. Por supuesto que la Corte cerró el caso, incluso cuestionó la legitimidad del presentante porque dijo que no correspondía que interviniera en este caso porque era un acto privado entre el médico y la paciente.

Faltaría analizar el caso de Mendoza pero no voy a tener tiempo.

Les leeré lo que dice el Dr. (Luis Esteban) Genoud, miembro de la Corte Suprema de Justicia bonaerense, en el voto mayoritario de esta sentencia que se dio en La Plata. Es interesante que lo puedan escuchar todos los que intervienen en estos casos. Dice:

*“A la luz de la norma transcripta en el art. 86 del Código Penal, los únicos protagonistas de este acto médico, tanto en los períodos previos o iniciales de información y gestación de la decisión como en los subsiguientes de toma de decisiones por parte de los responsables de la misma y en los finales dirigidos a concretarla o actuarla, no son otros que la mujer encinta y el médico diplomado”. Es el único dotado con el bagaje de conocimientos científicos y técnicos que permite apreciar, con la debida justeza, si el grado de peligro para la salud o la vida de la madre justifica la adopción de la práctica que ella consiente y si no hay otro medio de evitarlo. Si alguna duda tiene, habrá de acudir a la consulta médica o a la junta con otros profesionales del arte de curar y al comité de bioética, pero nunca al juez. ¿A guisa de qué va a intervenir el juez? ¿Acaso estará llamado a juzgar el rol de censor, supervisor, médico o perito médico de los médicos? No parece que esto entre en el campo del conocimiento de los jueces. La prudentia, que integra la voz con la que se suele denominar a la ciencia del Derecho, jurisprudencia y esa regla de oro que es la razonabilidad, rechazan de plano tal pensamiento. Ni es admisible que los médicos verbalmente supediten su intervención a la autorización judicial en procura de proteger o resguardar su responsabilidad ni que sobrevuelen, por todas esas actuaciones y por encima de los gravísimos riesgos a que se encuentra sometida su paciente, los temores despertados ya por la incriminación del delito transcripto en la primera parte del art. 86, ya por esa suerte de fiebre epidémica conocida como mala praxis. Repárese en que una de las más graves exteriorizaciones de irresponsabilidad es no reconocer o negarse a reconocer los alcances y los límites de la propia responsabilidad. Si responsable es un sujeto obligado a*

*cumplir, no se entiende que desconozca lo que debe cumplir y menos que ampare, el tal desconocimiento, su incumplir. De justificarse un razonamiento y actitudes como las expuestas, la responsabilidad desaparecería, ya que una forma de que no exista responsabilidad es no saber nunca en qué consiste ella’.*

La doctora Kogan<sup>2</sup> al iniciar esto dice:

*“nos encontramos nuevamente resolviendo un caso que nunca debió llegar a estas instancias. Siento la necesidad de manifestar que cuando hay un ejercicio responsable de los derechos consagrados en nuestra legislación, tal como lo hicieron respectivamente la progenitora de la joven y los equipos profesionales de la salud involucrados, la intervención indebida de los jueces no hace más que distorsionar la percepción del paisaje normativo por parte de la ciudadanía, alentando la idea equivocada de que los agentes públicos tienen la potestad de tutelar las conciencias y las conductas privadas”.*

De lo que no se habla, pero hay que empezar a hacerlo, es de las consecuencias que puede llegar a tener el sistema de salud y los médicos por la no realización de un aborto cuando éste debe ser realizado y está autorizado por la ley.

Empecemos a hablar así y a decir que no cumplir con la ley genera responsabilidades. Al no hacer las cosas que la ley permite para salvar vida o salud, se podría incurrir en una violación a los derechos humanos de las personas y en una responsabilidad penal por abandono de persona. Esto generaría responsabilidades.

Lo mismo habría una responsabilidad ética y política de los responsables de los efectores públicos de salud por incumplimiento de los compromisos asumidos por la reducción de la mortalidad materna. Es un compromiso político de todos los ministros de salud del país.

Creemos imprescindible que los efectores públicos de salud se hagan cargo de la responsabilidad que les compete: asegurar la vida y la salud de las mujeres que, siendo pobres, son las principales víctimas del no cumplimiento de las disposiciones legales de aborto no punible. Más allá de las concepciones morales y religiosas en un Estado de derecho, lo que la ley no prohíbe, es lícito y no se debe dar participación a la Justicia en

---

2. Hilda Kogan, ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Pcia de Bs As. (Nota Editorial)

desmedro de los intereses y derechos de las mujeres que concurren al Estado para que se los garantice.

### *Matilde Bruera*

Buenos días a todos y muchas gracias por permitirme estar aquí con ustedes, en esta casa donde he trabajado durante un tiempo.

Mabel casi ha agotado el tema sobre el que pretendía hablar. Rápidamente reorganicé para abordar algunos temas tal vez más generales, enfocados a desnudar el discurso contrapuesto al legal y a través del cual se presentan distintos recursos de amparo y especies de ‘manotones de ahogado’ contra esta corriente que avanza que es la legalización del aborto para establecer, definitivamente, la defensa de la salud y la consigna: ‘aborto legal, seguro y gratuito’.

Como ustedes saben, el problema de la mortalidad materna y su relación con los abortos clandestinos, es un problema de salud grave. Esto genera responsabilidades políticas y jurídicas a quien no lo aborde de tal manera.

Me voy a referir fundamentalmente a las implicancias de la despenalización del aborto. Voy a explicar cuál es la relación entre la despenalización y la legalización. La despenalización es sacar al aborto del Código Penal, derogar los artículos que penalizan algunas prácticas abortivas. Otro tema (y un paso más adelante) es dictar una ley que establezca programas mediante los cuales se realicen este tipo de intervenciones en forma obligatoria en todos los hospitales públicos. Aunque no necesariamente debe regularse así, pero el reclamo de una legalización expresa, nos asegura evitar todos estos conflictos que ahora estamos discutiendo.

Hablo de la despenalización porque está íntimamente vinculada a la legalización del aborto y, además, porque la inclusión de este tema en el Código Penal como delito es lo que más desnuda el grado de discriminación y de atentado contra la salud que implica la prohibición de estas intervenciones.

Queda claro que la despenalización está incluida en la legalización y esta explicación mía no es más que una estrategia discursiva porque justamente la penalización es lo que desnuda lo arbitrario de esta situación que estamos viviendo.

La penalización del aborto es una de las formas discriminatorias en que la mujer ingresa al Derecho. Como diría Lacan, la mujer no existe, es un concepto evolutivo, es una construcción social que en el derecho se hace en el Código Penal. Que la mujer ingrese al Derecho a través de la legislación penal es todo un indicador de cuál es la



mirada histórica que ha tenido en relación a la mujer. Es más, el primer código penal de la humanidad, el primer complejo jurídico completo que aparece en la Edad Media está dirigido específicamente a la mujer, es el *Maleus maleficarum*<sup>3</sup> que está dirigido a lo que ellos denominaban 'las brujas'. La mujer ingresa al derecho como bruja, como prostituta, como abortista...

Por otra parte, la penalización del aborto no solamente es un discurso contrapuesto a aquellos que sostienen la prohibición, sino que es un discurso que no se puede sostener a sí mismo. Por eso me interesa desnudarlo. Quienes sostienen el discurso penalizador, dicen que los instrumentos de derechos humanos incorporados a la constitución del año '94 protegen la vida desde la concepción. Esto no es así. Esta es la primera gran falacia que se nos brinda. En primer lugar, la vida en el derecho estuvo protegida desde siempre. En la constitución nacional estaba incluida en los derechos implícitos y toda la regulación jurídica, ya sea constitucional, civil o penal, tuvo a la vida como uno de los valores fundamentales del derecho.

La convención americana, cuando se refiere a la protección de la vida, dice 'la vida deberá protegerse y, en general, desde la concepción'. No dice protegerse desde la concepción. Esa ha sido la interpretación que el standard internacional le ha dado al alcance de la norma. Sin perjuicio de ello, aunque acordáramos que la vida se protege desde la concepción, la protección de la vida no implica protegerla penalmente. Al contrario, si advertimos en un análisis jurídico, social e histórico que esta penalización ha sido y es un atentado contra la vida, lo que vale es analizar cuál es el mejor mecanismo jurídico y de salud para protegerla. Y no sostener esto que, como todos ustedes saben, es un atentado a la vida.

Hay otra falacia que suele sostenerse, no sólo en el tema del aborto, y es que el derecho penal protege determinados bienes jurídicos. El aborto está penalizado, se considera un delito porque se protege la vida. Lo que hay que tener en claro para discutir este tema, e incluso temas de seguridad que también están en el debate hoy en día, es que el derecho penal es un derecho que se denomina de ultima ratio<sup>4</sup>. Es un derecho de última

---

3. Malleus Maleficarum (Martillo de Brujas) es el más importante tratado acerca de la persecución de brujas, publicado en Alemania en el siglo XV y tuvo un impacto profundo en los juicios a las 'brujas' durante dos siglos. Fue compilado por inquisidores Dominicos, quienes alegaban estar facultados por el papa Inocencio VIII. Tomado de Internet en sitio: [http://en.wikipedia.org/wiki/Maleus\\_Maleficarum](http://en.wikipedia.org/wiki/Maleus_Maleficarum) (Nota del Editor)

4. Principio de la última ratio no consiste solamente en decir "el legislador debe criminalizar solamente algunos comportamientos", sino que significa que cada vez que haya algún conflicto -el legislador, el juez, el fiscal, el abogado, el policía, etc.- debe buscar otra forma de resolver el conflicto. Que si

intervención. Pero además es un derecho que sólo entra en juego cuando el bien jurídico ya está afectado. Nadie va preso antes de cometer un homicidio. El derecho penal llega tarde a la protección de los bienes jurídicos por definición.

El concepto de bien jurídico en el Código Penal es un concepto limitador de la intervención del Estado. El Estado no puede intervenir penalmente si no hay afectación del bien jurídico. El derecho penal entra a punir el aborto cuando éste ya se ha producido o hay una tentativa. Antes no puede hacerlo.

Esto tiene que quedar claro para desmitificar la idea de que la prohibición del aborto protege la vida. La prohibición del aborto desprotege la vida porque llega después por definición. En esto no hay duda. Es indiscutible.

Por otra parte, el derecho cuando habla de vida se refiere a un concepto evolutivo de vida. El derecho así lo toma en el Código Penal y en el Código Civil. Podemos estar de acuerdo de que en el embrión hay vida. También hay vida en los órganos que se transplantan y no está penalizado el transplante de órganos.

El derecho civil admite distintos estadios de la vida, tal es así que no establece la misma categoría entre la persona no nacida y la nacida. La adquisición de los derechos se efectiviza cuando la persona nace y se separa del seno materno. Por eso el derecho (penal, incluso) establece distintos grados de protección de la vida. El homicidio tiene una pena mucho más grave que el delito de aborto.

Por lo tanto, al concepto vida cuando se le quiere dar una connotación biológica se habla de 'germen', pero cuando se le quiere dar una connotación emotiva y fundamentalista para oponerse al aborto se lo denomina 'niño', es una manipulación de un concepto que es evolutivo y tiene distintos grados de protección.

Esta manipulación no es novedosa en el derecho. El discurso jurídico suele manejar manipulaciones del lenguaje. Yo siempre pongo como ejemplo los accidentes laborales. Cuando una persona sufre un accidente de trabajo porque el empleador no le ha dado los elementos de seguridad no se habla de homicidio culposo, se habla de accidente de trabajo. Cuando los trabajadores inician juicios para defender sus derechos, se habla de la industria del juicio. Es un concepto empresarial. Tenemos un ejemplo muy triste y

---

vamos dentro del sistema penal: que el juez pueda tener otro tipo de proceso, que pueda aceptar la mediación, la composición entre las partes, reparación, etc. Esa es la idea de la última ratio: solo puede aplicarse pena de prisión si no hay cosa posible. <http://www.derechopenalonline.com/index.php?id=28,136,0,0,1,0>

reciente, cuando se hablaba de la defraudación que generaron los bancos cuando se quedaron con los ahorros, se decía 'corralito', no se decía estafa. Esta misma manipulación es la que se utiliza para darle una connotación negra y emotiva al tema del aborto, para poder sustentar estas posiciones fundamentalistas que niegan la realidad de este gran atentado contra la vida que implica la penalización del aborto.

Algunas de estas cuestiones jurídicas, que se han planteado en debates con fundamentalistas defensores de la prohibición del aborto, se basan en una idea de que los pactos internacionales, al establecer la protección de la vida desde la concepción, habrían derogado las normas del Código Penal. Esto es una barbaridad desde el punto de vista jurídico. Es un desconocimiento absoluto de la dogmática jurídica. Incluso Bidart Campos<sup>5</sup>, un constitucionalista que ha tenido muchas idas y vueltas, en determinados momentos ha defendido unas cosas y en otros momentos, otras; decía que dado que el Código Penal protege la vida, no puede establecer excepciones.

Esto no es así y no es cierto. El Código Penal establece excepciones y permisos de atentados contra la vida que no es solamente el aborto. Por ejemplo autoriza el homicidio en legítima defensa. El Código Penal no exige héroes. Así como no exige héroes cuando alguien es atacado y le permite defenderse, incluso matando al agresor cuando los medios lo exigen; de la misma manera, no puede exigirle a la madre el heroísmo (y no lo hace) de abandonar o renunciar a su vida para defender otra vida. No sólo no lo exige en el art. 86, sino que no lo exige en las causales de antijuricidad generales (esto es en los permisos que da el Código Penal, que son la legítima defensa y el estado de necesidad).

Como es muy delicado el tema del aborto y siempre ha generado debates jurídicos, morales y religiosos, el Código Penal estableció estas excepciones expresas. Pero si no las hubiera exigido, incluso están cubiertas por las excepciones generales.

En el caso de la chica de Mendoza, ella tenía que tomar una medicación por los problemas que tenía y si la tomaba afectaba al embarazo, pero si no la tomaba, se afectaba a ella. Ese es un claro ejemplo de estado de necesidad. Aunque el art. 86 del Código Penal estuviera derogado, estamos en presencia de un estado de necesidad. Por lo tanto de ninguna manera hubiera sido posible prohibir que esta persona acudiera a esa práctica.

Decía que como este tema ha sido tan delicado, el Código Penal decidió establecer estas excepciones específicamente en este delito. Para los demás delitos los establece como normas generales en la primera parte del Código.

---

5. Germán José Bidart Campos

En estos artículos se establecen dos situaciones, como explicaba Mabel, uno es el aborto terapéutico. Éste es una situación similar al estado de necesidad, pero con menos requisitos. Hace falta solamente acreditar el daño a la salud que genera el avance del embarazo, sin necesidad de acreditar la inminencia del mal. El segundo inciso que aparece como el más conflictivo, sería el caso de la mujer violada, idiota o demente. Es una excepción que ha merecido distintas interpretaciones. Mi interpretación es que contempla dos situaciones. Una es la mujer violada y, otra, es la mujer idiota o demente.

Por supuesto que este artículo ha sido concebido con otras ideas, incluso hasta psiquiátricas. El concepto de mujer idiota o demente no está denotando, en este momento, una categoría de salud mental, sino que está denotando una afección mental que le impida a la mujer resistir una situación de violencia sexual.

Esta interpretación de dos situaciones no es nueva. Ya la da un viejo penalista de la década del '50, como ha sido Soler. Además, este artículo está tomado del código penal francés que traduce del código penal austríaco y diferencia las dos categorías. En los casos que explicaba Mabel no hay ninguna duda porque las víctimas (las chicas que aspiraban a hacerse un aborto) reunían las dos categorías.

De todas maneras a esto hay que tenerlo claro: son dos situaciones diferentes y por eso la reforma del Código Penal que se está protegiendo para evitar que se prosiga este debate infructuoso, especifica claramente en dos incisos diferentes las dos situaciones.

El derecho penal no es la única excepción que establece en relación al aborto. Por ejemplo, la tentativa de auto-aborto de la mujer no es punible. O sea que el derecho penal, incluso como está legislado, establece una serie de excepciones específicas y una serie de excepciones generales que hacen legales las prácticas abortivas. En esto comparto lo que expresaba Mabel, todas las profesiones asumen responsabilidades en sus intervenciones. Todos los profesionales, además de las normas generales que conocemos, tomamos decisiones en concreto en relación a cada uno de los casos que intervenimos. Mientras esas decisiones estén dentro de las normas generales del derecho y las normas generales de las praxis médicas, la responsabilidad debe asumirse. No asumirlas genera una mala praxis y una responsabilidad mucho más grave de los profesionales médicos. Esto hay que tenerlo muy presente para no dejarse correr con la vaina porque el cuchillo está en otro lado. La responsabilidad mayor está en la no intervención.

Además hay una responsabilidad de la salud pública, dado que el aborto clandestino es una de las causales más importantes de mortalidad materna. Es una responsabilidad jurídica, política y social. Además hay una responsabilidad internacional, por los pactos internacionales que el Estado ha asumido, de defensa de la vida y del derecho a la salud.

Creo que debe permitirse la posibilidad de objeción de conciencia del profesional que plantea que él no desea intervenir por razones religiosas, morales, etc. Otro tema es que la salud pública tiene obligación de abordarlo. Una cuestión es que se le admita al médico una objeción de conciencia y otra cuestión es que la salud pública no aborde el tema porque tiene todos los médicos objetores de conciencia. Si los tiene, debe proveer médicos no objetores de conciencia.

Les cuento un ejemplo gráfico. Yo, en este momento, soy defensora pública oficial ante los Tribunales Orales en lo Federal Criminal. Son los tribunales orales donde se van a sustanciar los juicios a los militares por la violación de los derechos humanos en la década del '70. Yo fui querellante y patrocinante de las víctimas en la mayoría de los casos que se han presentado en los Tribunales Federales cuando ejercía la profesión libremente. Hace dos años que soy defensora oficial. Cuando me mandan el primer caso de defensa de un militar de los que yo había denunciado, por supuesto planteé que me excusaba porque así corresponde (si yo lo había acusado, no lo podía defender) y además planteé la objeción de conciencia. Me la admitieron porque es un derecho, está reconocido constitucionalmente, etc. Pero el Estado le proveyó otro defensor. El derecho a defensa es una obligación del Estado.

En el caso de los médicos es lo mismo. El médico tiene el derecho a la objeción de conciencia, pero la salud pública tiene obligación de reemplazarlo y poner un médico que no sea objetor de conciencia.

Quiero plantear otro tema en relación a este dilema de la penalización o de la despenalización, que también es revelador de las falacias fundamentalistas. Es en relación a una investigación que hicimos en el Centro de Estudios e Investigación 'Juan Carlos Gardella', de la Facultad de Derecho. Hicimos un seguimiento en un período de cinco años y el último informe (certificado por un informe de la Presidencia de la Cámara Penal de Apelaciones de Rosario) dice que no ha habido una sola condena de aborto.

Estamos discutiendo una gran hipocresía que es un grave atentado a la vida. Señores, en los hechos, el aborto está despenalizado. Esta no asunción de los hechos en la legalidad es una gran hipocresía que genera una responsabilidad privada y pública porque las muertes se están generando en un mercado clandestino y oculto. Aquellos que se escandalizan por la despenalización, en los hechos ya está.

Hay otra falacia y otra situación grave. Quisiera saber dónde están los defensores de la vida en este caso. Si ustedes han leído en los últimos días los diarios, hubo un caso de detención de una joven en una comisaría. Una joven que fue detenida aparentemente en un intento de robo o hurto en un comercio de la ciudad. Esto que en la jerga policial se

denomina 'las mecheras'. Esta joven fue llevada a una comisaría, allí fue sometida a tratos de tortura y perdió el embarazo. Esto se difundió en los medios. Después de la pérdida del embarazo, la chica fue puesta en libertad. Este fue un aborto no querido, un aborto forzado, un aborto logrado mediante torturas. Yo no vi, no me enteré (a lo mejor mi error fue ese) que haya existido ninguna de estas organizaciones pro-vida (que pretendieron convertir el dilema de estas niñas en una cuestión de interés público, cuando era un dilema de salud personal y privado) haciendo una presentación de amparo ni denuncia que pida la identificación de esta comisaría, del comisario y de todos los funcionarios que provocaron ese aborto no querido. En este caso ¿dónde estuvieron los defensores de la vida?

Creo que estamos en medio de una gran hipocresía. Por eso creo que la única posibilidad de defensa de la vida es desnudar esta falacia, es despenalizar las prácticas abortivas, es terminar con este mercado clandestino del aborto y es asegurar la salud en los hospitales públicos, porque además es un problema de salud colectivo, de las poblaciones que no acceden a medios económicos para efectivizar estas prácticas por otros medios. Por lo tanto creo que deberá despenalizarse, legalizarse y establecerse programas adecuados para evitar embarazos no queridos y poder realizar las prácticas abortivas.

De lo que no queda duda (y lo ha destacado bien Mabel) es que hay situaciones ya legalizadas de las que no podemos escapar sin incurrir en graves responsabilidades profesionales.

# *Violencia sexual contra las mujeres.*

## *Aspectos conceptuales y clínicos.*

**Lidia Ramírez**

Me toca hablar de la violencia sexual contra las mujeres, quizás sea una de las formas más aberrantes de violencia y sin dudas es la más destructiva de las violencias de género.

En la obra “Violencias cotidianas. Violencia de género” de Susana Velázquez (psicóloga y especialista en violencia sexual) se define a la violencia sexual como todo acto de índole sexual ejercido por una persona, generalmente hombre, en contra del deseo y la voluntad de otra, generalmente mujeres o niños y niñas, que se manifiesta como amenaza, intrusión, intimidación y/o ataque. Puede ser expresada en forma verbal, física y emocional. Cualquiera de estas acciones será considerada violencia sexual.

Este tipo de violencia es un ataque de tipo material o simbólico que afecta a la dignidad y a la libertad, y produce efectos a corto, mediano y largo plazo en la integridad moral, física y psíquica de las mujeres agredidas. Como ya lo sospechábamos, lo sufren mayoritariamente las mujeres, las niñas y niños de cualquier edad, sector social, religión o grupo étnico, de parte (también mayoritariamente) de varones jóvenes y adultos.

Así considerada, la violencia sexual es un delito, no sólo en el sentido jurídico (determinado por el Estado o sus leyes) sino también como una dinámica del exceso, de la demasía y del abuso. Es una manifestación del exceso y de la arbitrariedad. En este sentido podemos decir que este delito que se vincula a las creencias, los mitos y las ideologías, proviene de un imaginario que crea las representaciones culturales y sociales sobre las diferencias establecidas por los estereotipos de género, las que darán lugar a diferentes situaciones de exceso.

¿Por qué hablamos de exceso? Porque implica transgresión, traspasar límites éticos básicos que están destinados a preservarnos como personas en la interrelación. Violentar ese límite significa apropiarse de la intimidad del otro (...)

Un acto de violencia y dominación impregna al cuerpo, la sexualidad y la subjetividad. Una de las consecuencias es que se fractura en la víctima de violencia el sentimiento de seguridad, generando lo inesperado, lo impensado, lo horrendo y lo trágico. Por eso, comprender los hechos de violencia es tarea obligada de quienes nos acercamos a trabajar sobre esta temática.

Velázquez también plantea que para comprender los hechos de violencia nos tenemos que enfrentar, por lo menos, a dos tipos de obstáculos: los epistemofílicos y los epistemológicos. Es importante que los operadores que trabajamos en violencia los tengamos en cuenta cuando decidimos abordar este tipo de problemática.

Los obstáculos epistemológicos que están relacionados con el objeto a conocer, en este caso la violencia, surgen en la investigación y la práctica sobre violencia sexual porque abordar este tema significa comprender la interrelación entre sexualidad, violencia y poder. Los prejuicios y tabúes que operan en la interrelación dificultan el pensar y accionar sobre los hechos violentos. Todos sabemos que comprender la violencia como el ejercicio mismo del poder llevó muchísimo tiempo y esfuerzo y, aún así, esta concepción es relativamente reciente. Vincular sexualidad y poder es un proceso que aún está en tránsito y que conlleva a deconstruir conceptos que ya considerábamos cerrados para construir otros nuevos.

Foucault escribió 'Historia de la sexualidad' hace un tiempo, pero no todos lo han leído y no todo curriculum contempla estos trabajos teóricos.

Los otros obstáculos, los epistemofílicos, según Pichón Rivière, se relacionan con el involucramiento personal. Esto tiene que ver con el compromiso con el dolor de la víctima, con lo que ella narra, cómo es que impacta en la subjetividad de quienes la escuchamos y cómo se dan movilizaciones en las personas que atienden, que tienen que ver con las propias historias de violencia vividas, temidas, olvidadas o encubiertas. También constituyen importantes obstáculos epistemofílicos las huellas que dejan en la subjetividad de las mujeres todas las advertencias que venimos escuchando desde niñas sobre la amenaza encubierta o disfrazada de sufrir un ataque sexual, creando sentimientos de desesperanza y miedo que afectan nuestras vidas cotidianas.

Para poder decodificar estos obstáculos es necesario escuchar las experiencias de mujeres sobrevivientes de violencia sexual intentando captar los significados reales que estos hechos tuvieron en sus vidas.



Este marco de escucha que le podemos brindar, si está desprendido de los prejuicios y de las dudas que suelen despertar los relatos de las mujeres, apoyará la credibilidad de lo que ellas cuentan. Esas palabras que hablan de lo propio y personal, la experiencia de violencia, no deben ser transformadas en lo ajeno, lo que los mitos sostienen. Esto es importante de tener en cuenta en la formación previa de los operadores en violencia, sino corremos el riesgo de re-victimizar a la mujer que recurre a nosotros en busca de ayuda, efectuando otro tipo de violencia que es justamente ésta de interpretar sus dichos desde los mitos.

Otro concepto que me parece importante mencionar aquí, porque también hace al escenario que la cultura monta para que los ataques sexuales sean posibles, es el concepto de miedo. Más aún: la construcción del miedo en las mujeres. Este miedo confirmado a sufrir ataques sexuales, es predominantemente femenino. A esto lo aseguran las estadísticas, los estudios de género, las investigaciones de diversas disciplinas que se aplican al campo de esta problemática. En este sentido necesitamos también una perspectiva teórica que ponga de relieve la forma en que se organiza la subjetividad en la producción individual y social del miedo.

A las mujeres se les ha enseñado, por un lado a preservar su virginidad y, por el otro, a cuidarse de no incitar la sexualidad de los hombres. Este mandato de género justifica y determina para la sexualidad femenina la timidez, la inhibición, un alto control sobre sí mismas y sobre la sexualidad masculina. Esto hace vivir la propia sexualidad como peligrosa, lo cual distorsiona su percepción. El miedo latente a cualquier acto de agresión sexual, transforma el miedo instrumental en un mecanismo ideológico que define una forma de ver, sentir y comprender el mundo. Transforma el miedo instrumental (que es un mecanismo psicológico que se pone en funcionamiento cuando se advierte alguna situación de peligro, con la intención de que la instancia yoica pueda desarrollar mecanismos de defensa) en un mecanismo ideológico. Esto por supuesto nos fragiliza.

Este miedo a sufrir ataques sexuales es una construcción social que ha determinado cierta aprehensión a padecer algún tipo de agresión. Un miedo construido fundamentalmente atravesando la subjetividad de las mujeres y por eso nos fragiliza. Esto hace que en cada mujer se vaya configurando un conjunto de representaciones vinculadas al miedo, construidas por imágenes, afectos, sentimientos, advertencias y relatos sobre ataques, que actúan como una amenaza permanente de peligro.

Podemos concluir, entonces, que las sensaciones de peligro y de riesgo han creado una realidad codificada para las mujeres, que puede propiciar en cada una de ellas que se sienta una víctima probable. La consecuencia será una percepción difusa de vulnerabilidad e inseguridad personal que puede promover la restricción de movimientos, horarios,

actividades, hasta llegar (si los miedos se agudizan) a la reclusión y al aislamiento. Muchas veces esto es producto de reiteradas recomendaciones impartidas por el medio familiar y social que todos conocemos, que lleva a muchas mujeres a desarrollar conductas de auto-censura que determinan lo que la autora Liz Kelly<sup>1</sup> llama muy descriptivamente una geografía del miedo que organizará, a su vez, una geografía de limitaciones. Sabemos que no a todas las mujeres le ocurre esto con tanta determinación, pero sí sabemos que hay toda una cultura que prepara para que esto pueda ocurrir.

Las advertencias y los comentarios sobre los peligros con los que las mujeres nos podemos enfrentar, naturalizados hasta invisibilizar ese origen ideológico, demostrará su eficacia en la subjetividad de las personas. Las mujeres están expuestas desde niñas en sus vidas cotidianas a diferentes manifestaciones de agresión sexual que constituyen un continuum de experiencias posibles. Así, la violación es una expresión extrema de violencia mientras que ciertas formas de acoso sexual, muchas veces, pasan inadvertidas. Es que algunas conductas masculinas suelen considerarse normales y típicas de los hombres y aceptarse en el trato cotidiano a pesar del malestar que éstas producen.

Esta dificultad para reconocer las agresiones se debe a que las experiencias de violencia sexual que padecen las mujeres están sesgadas por las maneras en que se comprenden las conductas masculinas, de las que no resultan fácil diferenciar lo típico – en el sentido de esperable – de lo abusivo. Existe un proceso diferenciado por género a través del cual se construyen los modelos de lo femenino y lo masculino. Cada género construye su imaginario por separado. El masculino se propone como único modelo, adjudicándole al género mujer un lugar jerárquicamente inferior. El género mujer, a su vez, puede haberse hecho cargo de las proyecciones del imaginario del varón y haberse identificado con él. Por eso es que es necesario que cada mujer constituya su propio imaginario, despegado de las proyecciones de lo masculino. Éste es uno de los ejes de este trabajo desde la perspectiva de género, cuando hablamos de trabajar en sensibilización o información de los derechos de las mujeres.

---

1. Violence against women: A briefing document on international issues and responses. Autores: Liz Kelly, Jo Lovett y Linda Regan. Se trata de una versión actualizada del Documento original (British Council Briefing Document) publicado en 1999. Contiene una introducción a las definiciones, escalas e impacto de la violencia contra las mujeres, las relaciones con el desarrollo y una exploración de las respuestas. Se puede descargar en inglés en British Council website. (Nota del Editor)

Otro concepto que me pareció interesante aplicado a esto, tiene que ver con poner en práctica el *poder de descreer*.<sup>2</sup> Ésta es una de las más significativas formas de poder ejercida por los grupos oprimidos. Viene de los estudios de antropología, pero me parecía importante traerlo acá. El poder de descreer es el rechazo a la definición que otros pueden hacer, en este caso, de nosotras mismas. Los grupos oprimidos, dicen los antropólogos, están haciendo mecanismos de resistencia poniendo en práctica este poder de descreer, rechazando lo que el discurso dominante define o transmite como definición acerca de su ser, de lo que ellos son. Si las mismas mujeres quebramos la normativa asignada, se pondrá en evidencia que no hay una sola manera de entender a las personas y los hechos. El ejercicio de poder que significa descreer, es un acto de resistencia y fuerza que prueba la experiencia de las mujeres y desconstruye o ayuda a desconstruir la idea de la existencia de una naturaleza femenina pasiva y sometida.

Estos son algunos de los conceptos que me parecía importante mencionar acá.

Con respecto a los aspectos clínicos, voy a tomar algunos efectos en la subjetividad que puede tener un ataque sexual.

Todo ataque al cuerpo es un ataque a la identidad y el daño deja marcas en la subjetividad. La mujer que es violada siente que su cuerpo es brutalmente fragmentado mediante un acto de agresión en el que estuvo sin haber consentido. La violación es sentida como una injuria al cuerpo, pero sobre todo adquiere relevancia por el significado de humillación y degradación que tiene para las mujeres. Ciertamente el sentimiento de humillación aparece como el más fuerte en las mujeres que sufren violencia sexual, sobre todo cuando esto ocurre en las relaciones de pareja o en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Es una humillación profunda acompañada de un sentimiento de desmoronamiento del yo, que se presenta como la expresión misma del desamparo. Esta violencia tiende a des-identificar a la víctima, decíamos que todo ataque al cuerpo es un ataque a la identidad.

Es importante tener en cuenta la des-identificación que se da en la víctima, el desdibujamiento de la identidad de la mujer mientras es atacada. Esto se refleja en algunos comentarios de mujeres entrevistadas cuando dicen 'esa no era yo', 'ese cuerpo no era mío', 'yo no estaba ahí', 'esto le estaba pasando a otra'. La vivencia de la extrema violencia que acompaña a la violación puede ser experimentada en un primer momento como ajena a sí por el efecto desorganizador que tiene para el psiquismo. Es importante tener en cuenta que la dificultad para hilar un relato coherente a los oídos de quien escucha

---

2. Acerca del poder de descreer, puede consultarse Atenea Digital, publicación de la Universidad Autónoma de Barcelona, en el sitio: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/537/53700628.pdf>

una denuncia o una consulta por una violación, la apariencia de un relato cortado, la dificultad para ser temporalizado (ubicado en tiempo y espacio), se debe a esta desorganización que inunda al yo. La mujer puede mezclar en una misma frase un dato objetivo del lugar, un dato importante para que la persona que toma la denuncia pueda ubicar el lugar del delito, pero puede mezclar este dato con el sentimiento o afecto asociado. Por ejemplo, en una entrevista ella dice ‘me arrastró hasta un galpón. Fue lo más sucio que me pasó en la vida’; o decir ‘lo sentía sobre mí con ese aliento a alcohol. Sentía un dolor en el pecho, creía que me moría. No podía respirar’. El policía le pregunta ‘¿era un tipo muy grande, pesado?’

(...)

Ese ataque a la identidad nos habla de una identidad dañada que se refleja en la fractura que experimenta el yo mientras procesa el impacto traumático. Esto no va a ser así siempre. Ese hecho va a impactar directamente en esa instancia psicológica. Por eso es tan importante que esa primera atención que la mujer reciba sea la adecuada y la persona que la asista esté preparada para escucharla.

En la expresión ‘es una mujer violada’ se refuerza la significación de lo que hizo el atacante: violar. Y se desestiman las experiencias de vida previas al ataque, constitutivas de la mujer que fue agredida. Todo lo que hace a su identidad. Hay un riesgo en quedar subjetivada en ese lugar de mujer violada. Eso se presentará como obstáculo para la posterior recuperación, donde se hará necesario que ella pueda procesar sus otras identidades: la de hija, la de madre si lo es, la de pareja de alguien si la tiene, la profesional, laboral, religiosa, etc.; pero sobre todo su identidad como mujer.

Por otro lado sabemos que el imaginario social dominante prescribe (y esto se analiza bastante poco en mi opinión) que los hombres cometen violencia y a las mujeres les ocurre. Esta relación de causalidad deja de lado los complejos mecanismos que llevan a la victimización y a los recursos que las mujeres atacadas suelen desplegar para resistir o evitar la violencia. Desde la perspectiva de género se objeta la noción de víctima porque pone en el centro de la escena el poder del otro. La víctima se percibe como pasiva, sólo recibe en posición de objeto de violencia. Se prefiere la expresión ‘sobreviviente’ porque señala los elementos de acción y transformación a los que la mujer suele apelar para defender su vida.

Quiero aclarar que esta preferencia por utilizar la palabra sobreviviente (que no sólo es una expresión sino que hace a un abordaje y un trabajo) está enmarcada especialmente para lo que tiene que ver con la atención de las personas que sufren violencia sexual. Una víctima es alguien que ha sufrido algo injusto, que no eligió, que no lo buscó ni se

lo merece. Abordamos a la persona que sufrió violencia sexual como sobreviviente para todo lo que tiene que ver con la atención (que es el primer contacto).

En un trabajo de Inés Hercovich<sup>3</sup> de hace unos quince años atrás, ella mencionaba la transacción sexo por vida que algunas mujeres contaban en las entrevistas. El hecho de considerar esta acción como una estrategia válida de sobrevivencia tenía un peso decisivo en la terapia de recuperación que algunas mujeres emprendían luego de la violación.

Muchas descubrieron en la terapia misma que no habían estado pasivas, inertes y totalmente a merced del deseo destructor del violador; que las diferentes acciones que desarrollaron para distraerlo, para evitar que las lastimara más o las matara, no habían sido – como muchas lo creyeron – sólo expresiones de estar fuera de sí o de haber perdido el control.

En una entrevista, una chica decía ‘me puse tan nerviosa que empecé a recitar las tablas de multiplicar como si estuviera loca’. Ella marca esto asombrada de lo que había pasado. En el momento de la violación, algunas mujeres logran negociar el uso del preservativo para lograr prevenir infecciones de transmisión sexual, un embarazo no deseado o proponen sexo oral por este motivo. Es importante ver cómo muchas mujeres desisten de hacer la denuncia porque no se sienten creídas; más aún, cuando al denunciar o solicitar asesoramiento refieren algunas de estas estrategias mencionadas para preservar sus vidas o reducir lo más posible los daños que pudieran sufrir. No llegan a denunciar porque el contexto más cercano y mediato ya descrea de lo que están diciendo. Ya ubican esa acción fuera del delito. El delito moral, sería. El delito como exceso de poder traspasar un límite que está para preservarnos.

Esto tiene relación con el imaginario que hablábamos antes que además de prescribir modelos de ser de lo femenino y lo masculino, también prescribe un escenario para la violación. Ese imaginario dirá varias cosas. La primera mentira que dice es que la violación ocurrirá en un lugar desconocido, nunca en un lugar que nos resulte familiar, que aparezca vinculado a nuestros afectos o sea un referente para nosotras, nunca ocurrirá en la escuela, en el consultorio de algún especialista o en la casa de amigos o familiares y, por supuesto, jamás en tu casa o en tu cama.

---

3. Hercovich, Inés: “El enigma sexual de la violación” 2ª edición 1997, Ediciones Biblos. Pueden encontrarse artículos de la misma autora en relación a la violencia contra la mujer en <http://www.isis.cl/temas/vi/reflex4.htm> (Nota del editor)

Otro elemento del escenario es el lugar. Será un lugar solitario, de noche o a la madrugada. Otro elemento descarta la posibilidad de violaciones o ataques sexuales en lugares de gran circulación o en horas pico. En esto recordaba los casos de violaciones a las jóvenes en los subtes de Buenos Aires, casos bastante recientes. Algo que me indigna es que uno de los periodistas de TN (de los noticieros de la mañana) habla por teléfono con la mamá de una de las jóvenes y le afirma 'lo que no se entiende señora es cómo a esa hora, donde circula tanta gente, ¿cómo no había nadie?, ¿cómo nadie la escuchó?'. Por el tono de voz (porque ella hablaba por teléfono) dio por terminada la nota. Él le vuelve a preguntar si había podido reconocer al agresor. La mamá le dice 'mi hija no puede hablar'.

Este trato que hacen los medios de comunicación en los casos de violencia sexual, es aberrante, indigna.

Otro de los mitos conocidos: las mujeres que son violadas se visten provocativamente y andan solas por la calle. Esto para marcar la diferencia de género: no es común que le preguntemos a los varones ¿por qué andás solo?, ¿por qué se te ocurrió salir a esa hora?

Otra muy terrible: en la violación las mujeres resisten hasta morir. Para poder confirmar que hubo violación tenés que demostrar que resististe hasta lo último. Si resististe hasta morir no lo vas a poder contar porque no vas a estar y, si estás muy malherida, lo podrá contar tu contexto inmediato, tus familiares, tu pareja (eso trae cierto alivio).

También está poco estudiado qué pasa con las parejas masculinas de las mujeres que sufren agresión sexual. La gran mayoría de las mujeres que logran denunciar o sostener una terapia hablan dolorosamente de cómo ellos 'se borran' de la situación. Recalco lo de parejas masculinas porque en relación a parejas femeninas no tengo casuística para hacer la comparación. Pero con respecto a las parejas masculinas, sí. Es más, los varones de la familia están como muy indignados, afectados, pero difícilmente logren comprender lo que ellas sienten y puedan acercarse con lo que ellas están necesitando.

Consentir es estar de acuerdo. Compartir una idea, una acción. Dejar de luchar físicamente para salvar la propia vida o impedir daños mayores no es consentimiento y tampoco resignación. Es optar por una misma. Es preservarse.

Habíamos hablado de las dificultades de las mujeres para hacer la denuncia. Las dificultades para tener una casuística abultada de esta problemática. Pero cuando logran llegar y hacer la denuncia, o llegan a pedir asesoramiento ¿qué estamos en condiciones de ofrecerles o garantizarles?

Algunos criterios de atención que tenemos en cuenta cuando recibimos consultas de mujeres que han sufrido violencia sexual son los siguientes:

- Se las atiende desde la perspectiva de los *derechos humanos*. El marco de atención es el de los derechos. Derecho a ser escuchada en un ámbito adecuado, que cuente con la privacidad y el tiempo necesario para que ella pueda sentirse lo más cómoda y menos invadida posible. Derecho a estar debidamente informada de los recursos que se cuentan en la ciudad y a los que ella puede acceder, como de los riesgos posibles de un ataque sexual. Derecho a ser acompañada en las acciones que decida realizar, tanto jurídicas como de sostenimiento social y psicológico. Derecho a la salud. Derivaciones a consultas médicas o psicológicas. Derecho a denunciar el delito del que fue víctima porque tiene derecho a una vida libre de violencia.
- Se tiene en cuenta la *interdiscipliniedad*. La violencia sexual, en tanto problemática social, debe ser abordada tanto interdisciplinariamente como interinstitucionalmente. No lo agota ni una disciplina ni una institución.
- Contar con *profesionales capacitados* en la temática. Vuelvo a decir esto porque es muy importante tener una preparación previa. Esto nos garantiza dos cosas: poder brindarle a la mujer la atención con la calidad que ella necesita y a la que tiene derecho; aparte, nos ayuda a las personas que trabajamos, que operamos en esta problemática tan pesada, a preservarnos. Es un tema del que alguna vez, en alguno de los seminarios (esto es un pedido) se debiera poner como tal. ¿Qué pasa con los profesionales que trabajamos estas temáticas? Poder encontrarnos con los efectos que esto tiene en nosotros. Hace a la problemática en sí, al tratamiento y al abordaje. En la capacitación de estos profesionales se tiene que garantizar que se haya podido realizar con uno mismo este camino inverso de desaprender lo que se aprendió prejuiciosamente. Poder liberarse de estos mitos y prejuicios es muy difícil porque los tenemos muy arraigados.
- También garantizar el *asesoramiento integral*. No sólo referido al hecho traumático de la violación sufrida, sino interpretar la vida de esta mujer en su integridad. Poder también brindar por eso el acceso a los servicios de manera integral.
- El *carácter gratuito* de los servicios que se pueden brindar en la ciudad de Rosario a través de los efectores municipales es otro garante de estos derechos. En ese sentido, contamos en la Municipalidad de

Rosario con toda la red de servicios, desde Secretaría de Salud Pública hasta todos los efectores.

■ Algunas de las *prevenciones* que hay que tener en cuenta: Se pueden contraer distintas infecciones de transmisión sexual. Tener en cuenta la anticoncepción de emergencia, tan importante para las mujeres.

Desde la Secretaría de Promoción Social, desde el área de la mujer, les menciono los servicios que ya están funcionando en el programa de atención y prevención de la violencia: el asesoramiento y acompañamiento jurídico y el apoyo psicológico son lo fundamental.

En muchas situaciones, cuando se requiera, el recurso económico puntual, libre de algunas trabas burocráticas y demás, ayuda mucho. Se utiliza para diferentes situaciones. Se plantea en el marco de una estrategia global. Podemos decir que en muchos casos hemos podido contar con eso y es importante.

Quiero traerles la definición de violencia de género de la ONU:

*'la violencia de género es todo acto que tenga o pueda tener un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer. Inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada'.*

Lo pongo de cierre porque pareciera que cuanto más la nombramos, la hacemos más visible, por otro lado la reafirmamos. Pero la traía para asociarlo con lo que decíamos antes del poder de descreer. Un trabajo y un compromiso es el desmentir muchas de las cosas que aprendimos como que solamente pueden ser de esa manera.



## *Participante*

Creo que hay algo que está desactualizado. Cuando se habla de una violación a una mujer demente o idiota, hay un juicio sobre qué es lo que se intenta proteger. Si una mujer es demente o idiota, el hecho de estar embarazada constituye una violación porque no pudo dar consentimiento pleno. Es como que hay una superposición de los conceptos.

Esta normativa fue concebida, como ustedes dijeron, desde el punto de vista de lo que es el consentimiento. No para proteger el aparato psíquico de esa mujer que pueda llevar adelante un embarazo, un parto y la crianza de un chico, sino que por el hecho de su demencia o idiotez, como se define en el Código, esta mujer no fue capaz de dar un consentimiento para esa relación sexual.

Lo traigo a colación porque cuando se habla de cómo los médicos podemos resguardarnos o tenemos miedo de hacer prácticas ante estos casos. ¿Qué es lo que necesitamos nosotros? ¿Solamente el hecho de ver una mujer embarazada, deficiente mental, certifica que esto fue una violación? ¿Se necesita un peritaje psicológico que determine cuál es el grado de discapacidad de esa mujer? ¿Quién es el que tiene que dar el consentimiento, el tutor de esa mujer?

Por un lado se habla de que tenemos que asumir nuestra responsabilidad, pero por otro lado estamos un poco desprotegidos sobre cómo hacer el juicio y el peritaje. ¿Se necesita hacer una denuncia policial de que existió una violación o simplemente el hecho de que la mujer sea deficiente mental certifica que hubo una violación? ¿Qué pasa en los casos de las pacientes Down? Todos sabemos que

ellas tienen diferentes grados de oligofrenia dependiendo de la estimulación que reciben durante su desarrollo. ¿Cuándo deja de ser 'sin consentimiento' y cuándo empieza a ser consentido? ¿Y si es una relación sexual consentida por la búsqueda del placer?

Una chica de once años que tiene la misma capacidad ¿por qué queda fuera de la ley de lo que es una mujer sin capacidad de discernir o de consentir? La ley no contempla el aborto en las pacientes menores, pero sí en las pacientes que no fueron capaces de consentir una relación sexual. ¿Una menor tiene esa capacidad?

Queda un poco confuso el alcance que tiene esto. ¿Los profesionales médicos ante quiénes tenemos que recurrir para determinar este alcance?

### *Lidia Ramírez*

Me parece interesantísima la pregunta. La situación es la siguiente:

En primer lugar, entiendo perfectamente la inquietud de los médicos, de todas maneras, el médico no tiene que hacer un juicio de precisión jurídica. No es su obligación.

Supongamos que el médico se equivocara en su juicio jurídico... está cubierto jurídicamente. Es lo que se llama un 'error de tipo' o un 'error de prohibición'. Es una eximente general.

El artículo que habla de 'mujer idiota o demente' tiene dos orígenes. Uno de ellos es un concepto eugenésico. Es un viejo concepto de que los males eran hereditarios. Se concebía el aborto porque se creía que el hijo iba a ser idiota o demente. Era una concepción en la Argentina cuando se votó esta ley. Una parte de la doctrina penal, que estaba con el positivismo criminológico imperante en ese momento, sostenía esto. Pero, en realidad, este artículo es la copia de una traducción francesa que decía que 'la idiocia o la demencia' (ahora hay que asimilarlas a otras categorías de salud mental) tienen que ver con la incapacidad de resistir la violación.

El médico no tiene por qué hacer un peritaje, ni por qué precisar o hacer un juicio o autorización si la chica es idiota o no. No exige la ley la declaración de incapacidad de la chica. Si ella viene con su representante legal que dice que tiene determinadas falencias psíquicas y el médico más o menos las advierte, él está cubierto. Por supuesto que tiene que hacerle firmar un consentimiento informado.

En relación a la menor de edad. Es cierto que la violación es una violencia sexual sin consentimiento, pero hay excepciones que no exigen el consentimiento. Es cuando la mujer no tiene capacidad para el consentimiento o cuando la mujer tiene menos de trece años. En este último caso estarían cubiertas por la parte del artículo que dice 'la mujer violada'. Al artículo se lo ha querido asimilar como si fuera una sola situación. Una chica de trece años, aunque haya consentido el abuso sexual, igual ha sido violada. Eso lo dice la ley. La eximente de aborto contempla a la mujer violada. La mujer idiota o demente que no pudo dar el consentimiento, es una situación diferente.

No sé si logré explicarme. Una cosa es la mujer violada. La ley dice 'en la mujer violada o en abuso sexual en la mujer idiota o demente'. 'En la mujer violada' está incluida cualquier mujer mayor de edad violada o una menor de trece años. 'En la mujer idiota o demente' es otra situación.

### *Mabel Gabarra*

En relación a cómo se acredita la violación. Hace algunos años había que hacer la denuncia penal. Incluso exigían que el proceso penal esté en marcha. Ahora ya no. Incluso, la denuncia de la violación hecha ante la fiscalía, si es coherente y si hay un informe de la fiscalía aunque no esté iniciado ya el procedimiento en el juzgado penal, igual – a los efectos de justificar que entra en la no punibilidad – está bien. La ley dice que ni siquiera la denuncia es necesaria si hay un relato verosímil de la representante legal respecto a que ha sucedido la violación.

Con respecto al estado de salud – cuando hay peligro para la gestante y es ella la que lo pide – la cuestión de salud la tienen que decidir en el ámbito médico. Si necesitan llamar a junta médica para determinar, la llaman. Pero siempre dentro del ámbito de la medicina. No hacer participar a la Justicia. Es ese el tema. Incluso si es el caso de un hospital y se le corre vista de esta situación al comité de bioética, siempre es dentro de los criterios médicos. El consentimiento informado es fundamental, de parte de la representante legal o de la mujer en el caso de peligro para la vida.

Todo esto tiene que estar documentado. Todo. ¿Cuándo interviene la Justicia? En el caso de que haya una denuncia. Tampoco es desestimable que en todos los lugares hay grupos fundamentalistas, hay gente de la extrema derecha católica que está mirando qué pasa en cada momento. Las denuncias pueden ser hechas pero si los médicos o el sistema público de salud tienen bien documentada la cuestión de

la violación, de lo sucedido, del estado de salud y de la práctica médica realizada en las mejores condiciones para asegurar la salud de esa mujer, no va a haber problemas. Va a intervenir la Justicia después.

Yo no llegué a explicar el caso de Mendoza pero es muy interesante. Y la persona que quiera conocer qué y cómo está fallando la Justicia últimamente, por favor conozcan, infórmense. Nosotras, como abogadas, desconocemos un montón de cuestiones que se refieren a la práctica de la medicina. Todos los que intervienen en el sistema de salud, desconocen la mayoría de las cuestiones referidas a las leyes. Entonces actúan con asesoramientos que tienen que ver con lo ideológico. Todo el tiempo hay que capacitarse en otros campos. En estas cuestiones la interdisciplinariedad es fundamental.

### *Matilde Bruera*

La ley no exige la denuncia para acreditar la violación, sino porque la violación es un delito de instancia privada. Es más, la mujer puede decidir no hacer la denuncia judicial y penal de la violación. Entonces, es suficiente con el hecho de que esté relatado, con el consentimiento informado y decidido como criterio médico; los médicos están cubiertos.

### *Participante*

Una inquietud sobre algo que sucedió hace veinte años. Una menor abusada desde los ocho años, a los trece hace la denuncia. Nunca contó con el apoyo de su madre porque el que abusaba de ella era el marido de la misma. Cuando tiene que ir a declarar, la madre la 'aprieta' y entonces dice que había mentido, que no era así. Producto de esta violación, que sigue sucediendo, ella queda embarazada de su hijo mayor. Esto lo fue ocultando a través de los años, pero cada dos por tres 'salta' trayéndole mucha angustia. Ahora, que está nuevamente embarazada, más todavía.

Después de tanto tiempo ¿ella puede hacer algo contra este hombre?

### *Matilde Bruera*

¿En relación al embarazo?

*Participante*

En relación al violador.

*Matilde Bruera*

Y... se prescribió. No hay nada legal que se pueda hacer. Si no sigue sucediendo y pasó hace veinte años... la posibilidad de persecución penal tiene un límite de tiempo.

*Participante*

¿Podrían aclarar un poco la cuestión de peligro para la salud de la mujer? En general, se piensa en un peligro para la vida de la mujer para realizar un aborto dentro del marco legal. La OMS tiene una definición de salud mucho más amplia que lo que se piensa en general.

*Matilde Bruera*

Si hubiera peligro de vida para la mujer no hay absolutamente ninguna duda porque es un caso genérico de caso de necesidad como cualquier intervención médica donde se debe operar o cortar una pierna por una gangrena. En eso no hay duda.

En caso de grave riesgo para salud de la madre. Tiene que ser de magnitud según lo que está legislado hoy. Tiene que ser un daño en la salud de la madre de cierta magnitud. Pero eso lo determina el equipo médico.

Hay otras causas eximentes de las que no se hablan. Por ejemplo, si un equipo médico decidiera en esa situación que hubiera riesgo de suicidio de la chica y algún grupo fundamentalista (como dice Mabel) hiciera la denuncia de que eso no es peligro para la salud, etc., etc., hay otras eximentes, no solamente estos dos artículos.

Hay una categoría de exculpación y al equipo médico no se le puede exigir actuar de otra manera. No se lo puede penalizar por una interpretación médica. Por eso es muy importante tener presentes las eximentes específicas y también las generales. El grado de gravedad para la salud lo determina el equipo médico.

## *Participante*

Si una paciente no puede realizarse un aborto en forma legal porque no es idiota ni demente, ni ha sido violada y se lo hace en forma clandestina ¿esto no es un peligro de vida para la mujer?, ¿qué vamos a hacer con todas esas pacientes que no están contempladas en la ley y no tienen forma de recurrir a algún lado? ¿En lo colectivo qué actitud vamos a tomar para que esto esté contemplado y sea legal?

## *Mabel Gabarra*

La actitud es la que venimos tomando hace casi veinte años: denunciando los hechos, denunciando las muertes de mujeres por aborto clandestino, denunciando que los abortos se hacen y se hacen cada vez más en peores condiciones y en chicas más jóvenes, que ha crecido enormemente el número de niñas entre catorce y diecinueve años que quedan embarazadas. El aborto por estar penalizado no deja de hacerse. El hecho de que esté penalizado significa un riesgo de vida y no para todas las mujeres, sino que significa un riesgo de vida para las mujeres que no pueden pagarse un aborto en una clínica privada.

Sabemos que muchos médicos que dicen que están en contra, lo hacen pero privadamente. Sabemos que muchos médicos que se niegan a hacer una ligadura de trompas en el hospital público, lo hacen en el ámbito de lo privado. Todas estas cosas las sabemos y las fuimos denunciando.

Pero además de las denuncias, hace más de un año y medio o dos que estamos en una campaña nacional en la que intervienen mujeres de todo el país, varones que están trabajando también, organizaciones de derechos humanos, están adhiriendo sindicatos, partidos políticos. Tenemos un ámbito de trescientas organizaciones que están adhiriendo a esta campaña que tiene tres lemas:

*Educación sexual para decidir*

*Anticonceptivos para no abortar*

*Y aborto legal para no morir.*

Esos tres lemas están tan relacionados porque lamentablemente no puede existir uno sin el otro. El problema que tenemos en la provincia de Santa Fe es que no tenemos educación sexual, que el programa de procreación responsable no se realiza en la forma que debiera y que tenemos todavía funcionarios y funcionarias públicas

que se atreven a decir que, por convicciones personales, no firman documentos de compromiso a nivel nacional para llevar adelante el programa nacional de salud.

Estamos haciendo. Lo que queremos es abrir un marco de adhesión más grande. El sector que menos participa en esta campaña es el médico porque todavía tiene mucho temor y yo también, como Matilde, los entiendo. Pero en este país el temor ha llevado a que cerremos los ojos frente a cuestiones muy graves.

Acá han pasado cosas muy graves y la mayoría de la sociedad cerró los ojos y no sabía nada de lo que pasaba. Tuvieron que pasar treinta años para que salgan a la luz un montón de violaciones a los derechos humanos y muertes sucedidas en la década de los '70.

El aporte que todos y todas tenemos que hacer es que el silencio y el temor dejen de gobernar nuestra libertad.

### *Matilde Bruera*

Así como expliqué antes el derecho de los médicos a la objeción de conciencia, un ministro no lo puede hacer. La objeción de conciencia del ministro tiene que ser antes de asumir el cargo o renunciar. No puede hacerla para no llevar adelante una política de salud pública que es obligación para el Estado.

Es lo mismo que yo asuma como ministro de Justicia y diga 'yo no estoy de acuerdo con los derechos humanos'. Entonces no asumo, me dedicaré a otra cosa.

### *Coordinador*

Mabel dijo, en algún momento, 'los hombres cometen, a las mujeres les ocurre'. Solamente hay que ver la proporción del género masculino sobre el género femenino en una convocatoria como ésta. Se ve que parece ser aún un tema de competencia absolutamente femenina, cuando debiera ser absolutamente compartida. Creo que hay un trabajo de concientización que hay que dar.





# Panel 3.

## *Morbimortalidad materna y sus principales causas.*



*Coordinadora*

**Beatriz Martinelli**

*Disertantes*

**Dr. Edgardo Abalos**

*La morbi-mortalidad materna y sus principales causas.*

**Dr. Fabián Rodríguez**

*Protocolos de Atención pre-aborto.  
La experiencia en Uruguay.*

**Dra. Diana Galimberti**

*Protocolos de Atención pre-aborto.  
La experiencia en el Hospital Alvarez  
de la ciudad de Buenos Aires.*

**Dr. Marcelo Raffagnini**

*Protocolos de Atención post-aborto.  
La atención de mujeres con aborto  
en curso. Experiencia en el  
Hospital Sáenz Peña.*



# *Morbimortalidad materna y sus principales causas.*

**Edgardo Abalos**

Muchas gracias. Quiero empezar mostrando algunas cifras.

En el mundo, cada minuto 380 mujeres quedan embarazadas, 190 mujeres se enfrentan a un embarazo no planificado o no deseado, 110 mujeres experimentan una complicación relacionada con el embarazo, 40 mujeres tienen un aborto realizado en condiciones de riesgo y 1 mujer muere por complicaciones relacionadas con el embarazo.

Se observa que existen diferencias en la mortalidad materna si uno compara distintas regiones, ya que según las estimaciones del año 2000 hubo 590.000 muertes maternas en todo el mundo, lo que representa una razón de mortalidad materna de 400 por cada 100000 nacidos vivos, pero esto no se distribuyó equitativamente ya que fueron 2500 muertes maternas en países más desarrollados y 527000 en países menos desarrollados, representando una razón de mortalidad materna de 20 cada 1000 nacidos vivos en los países más desarrollados y de 440 en los menos desarrollados.

Podemos comparar estas cifras con otras causas de muerte que son mucho menos frecuentes como por buceo, cuya frecuencia de muerte es de 1 en 1000 o por accidente automovilístico que es de 1 en 2900. A pesar de esto, vemos periódicamente que los medios de comunicación destacan entre sus noticias estas causas menos frecuentes de muerte.

La razón de mortalidad materna se usa para promover la salud de la mujer en gestación porque es un indicador particularmente de la inequidad; es una “prueba de fuego” del estatus de las mujeres, del acceso a la atención de la salud y de la adecuación del sistema de salud para responder a sus necesidades. Además porque es un indicador de la desventaja dentro de los países en desarrollo y entre éstos y los países desarrollados.

Podemos ver las diferencias de esta razón de mortalidad materna comparando los distintos continentes, los distintos países de Latinoamérica y las diferentes provincias de nuestro país, siendo de 1100 por 100000 nacidos vivos en África; variando de 5,6 en Trinidad y Tobago hasta 523 en Haití y 9 en la ciudad de Buenos Aires pero 197 en Jujuy.

La muerte materna tiene un efecto desbastador sobre la familia de la mujer fallecida que muchas veces se desarticula luego de su muerte. Por otro lado esta muerte hace que aumente la probabilidad de muerte del hijo recién nacido dentro de su primer año de vida y además que aumente la posibilidad de morir de los hijos sobrevivientes. Finalmente una muerte materna significa la pérdida de los ingresos y la ausencia de quien cuida a los niños, ancianos y enfermos, así como de quien realiza las tareas de reproducción cotidiana de la familia.

¿Cuáles son los *factores de riesgo* para la morbimortalidad materna? Ellos son el estatus socioeconómico y los factores culturales de las mujeres, su estado de salud y su estatus reproductivo junto con otros factores demográficos. Por otro lado también contribuyen a que ocurran estos hechos el acceso a los servicios de salud, el comportamiento de cuidado y atención de la salud y los patrones de utilización de los servicios y por último factores desconocidos o impredecibles.

Se consideran como *causales* de la morbimortalidad materna el modelo de los tres retrasos. Es decir en primer lugar el retraso que algunas veces se produce en la decisión de buscar atención por una falta de comprensión acerca de las complicaciones, por la aceptación de la mortalidad materna y por existir barreras socioculturales a la búsqueda de atención. En segundo lugar el retraso en llegar a un centro de salud. Y por último el retraso en recibir atención por falta de suministros o falta de personal, por la existencia de personal mal capacitado y con actitud punitiva y por falta de finanzas.

En relación con los *factores contribuyentes* podemos considerar como determinantes lejanos a los factores socioeconómicos y culturales, es decir el estatus social de la mujer en la familia y en la sociedad enmarcado por sus ingresos, su autonomía para tomar decisiones y su nivel educativo; la condición social de la familia y de su comunidad de pertenencia y el marco legal y normativo sobre la situación de la mujer. Como determinantes intermedios encontramos el estado de salud teniendo en cuenta las condiciones de salud preexistentes y la historia de complicaciones en embarazos previos; la historia reproductiva de la mujer como son su fecundidad, los intervalos intergenésicos, la edad de ella, si fue un embarazo deseado, el uso de anticoncepción; el acceso a los servicios de salud relacionado esto con la localización de los servicios y con la accesibilidad económica y cultural y por último los comportamientos de cuidado y atención de la salud refiriéndose

adecuados de atención obstétrica, a la realización de prácticas obstétricas perjudiciales y a la realización de prácticas de aborto inseguro. Ante estos factores, el embarazo y las complicaciones del embarazo son parte de una secuencia de eventos que pueden culminar en la discapacidad materna o en la muerte y cualquier factor sobre el que se intervenga para evitar la muerte materna debe actuar sobre esa secuencia de eventos.

Se puede intervenir sobre esos eventos disminuyendo la probabilidad de que una mujer se embarace o lleve adelante un embarazo en condiciones adversas, ya sea porque es un embarazo no deseado, porque la mujer posee una deficiente condición de salud o porque existió violencia sexual. Otra manera de intervenir es reduciendo la probabilidad de que una mujer en gestación experimente una complicación seria durante el embarazo, el aborto, el parto o el puerperio o mejorando los resultados de la atención de las mujeres con complicaciones.

En Latinoamérica, el 90% de las mujeres entre 15 y 19 años y el 68% de las mujeres entre 20 y 29 años tienen embarazos con períodos intergenésicos menores de 3 años. Pero según diferentes encuestas, en el postparto sólo el 3% de las mujeres desean un embarazo dentro de los 3 años, es decir que las mujeres quieren intervalos mayores de los que tienen. Por otra parte se observa que cuando el período intergenésico es mayor de 20 meses, existe una disminución de la morbimortalidad materna en Latinoamérica.

Podemos ver el lugar que ocupan las diferentes causas de mortalidad materna, siendo producidas el 34% de las muertes por hemorragia, el 21% por infecciones, el 18% por aborto, el 16% por trastornos hipertensivos y el 11% por parto obstruido, variando estos porcentajes y por consiguiente la causa principal de muerte en los distintos países. En Argentina la primera causa de muerte materna la ocupa el aborto, con más de un 30%. Esto fue corroborado en un estudio realizado por el CEDES en el año 2004, que se llevó a cabo en seis provincias Argentinas (Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis y Tucumán) donde el aborto que representó el 27,4%, sólo fue superado por el ítem que englobaba otras causas con 32,6%.

En el año 2000 hubo 66996 egresos por aborto, lo que representó una razón de 6,15 egresos por 1000 mujeres en edad fértil, encontrándose la mayor razón en la región del noroeste con 9,79 y la menor en la región sur con 4,43. En cuanto a los grupos de edad de las mujeres consideradas en estos egresos, la mitad tenía entre 20 y 30 años, destacando que el 14,5% era menor a esta edad.

Para finalizar quiero mencionar el libro “El drama del aborto” del Dr. Aníbal Faúndez, en cuyo prefacio se lee “... el origen de este trabajo está claramente relacionado con el impacto emocional que el sufrimiento de las mujeres con complicaciones a causa de un

aborto tuvo sobre mí cuando era un joven interno en un hospital público de Santiago de Chile en 1953... El hecho de presenciar el dolor físico y psicológico de mujeres jóvenes y mayores, escuchar sus historias, verlas sufrir durante semanas y observarlas morir o sobrevivir gravemente mutiladas significó una fuerte motivación para consagrar una gran parte de mi vida profesional a encontrar un modo de mitigar sus padecimientos... Comprendí que otras iniciativas sociales eran de igual importancia para reducir la cantidad de mujeres que ven en el aborto la única salida: la promoción de un mejor equilibrio de poder entre los géneros, la educación sexual para adolescentes de ambos sexos y la protección de las mujeres que quieren continuar con su embarazo, cuando la familia y la sociedad en general rechazan esos deseos”.

En el discurso inaugural en la conferencia de Maternidad sin riesgo de Nairobi en 1987, el Dr. Halfdam Thomas Mahler dijo “la mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada, y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres y por encima de todo, mujeres”. Muchas gracias.

# *Protocolos de atención pre-aborto.*

## *La experiencia en Uruguay.*

**Fabián Rodríguez**

En Uruguay la principal causa de muerte materna es el aborto provocado en condiciones de riesgo, ya que según las estadísticas entre el año 1992-2001 el 27,9% de las muertes maternas fueron por esta causa, siendo particularmente más elevada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell donde se le atribuyó al aborto el 47% de las muertes. De acuerdo a esto se establece que la probabilidad de morir por aborto provocado en este Centro Hospitalario es 3,64 veces mayor; las mujeres que se mueren por aborto provocado han sido, son y serán, las más pobres y el ambiente de inequidad basado en condiciones económicas de este tema es: vergonzoso, insultante, inmoral e insostenible.

Con relación a esto se establece como solución aplicar como políticas de Estado la educación sexual, la anticoncepción y el aborto seguro.

En Uruguay la ley 9763, artículo 325-7, del año 1938 declara al aborto como delito y considera el aborto privilegiado con causas atenuantes y eximentes (art. 328) como son el honor, la violación, el peligro de vida materna y la angustia económica.

En vista de esto se vieron como soluciones operativizar eximentes de la ley del año 38 y disminuir el riesgo del aborto inseguro. Se utiliza como estrategia de disminución de riesgo y daño dentro del marco legal vigente, respetando los principios bioéticos de AUTONOMÍA (autogobierno) brindando la información necesaria para la toma de decisiones, las cuales deben respetarse, independientemente de nuestra opinión; BENEFICENCIA (no al modelo paternalista), es decir que la usuaria debe autorizarnos a actuar en su bien, de acuerdo con lo que ella (según sus criterios y valores) considere beneficioso; JUSTICIA, desde el punto de vista de la salud, entendiéndose como justicia distributiva, es decir, en la equidad de recursos y por último CONFIDENCIALIDAD, o sea respetar el secreto profesional y no denunciar.

Se estableció como normativa sanitaria habilitar consultorios de consulta pre-aborto. Los mismos están constituidos por un equipo interdisciplinario conformado por ginecóloga, partera, psicóloga, asistente social y especialistas en medicina legal. La consulta inicial tiene como objetivo general favorecer la preservación y el control del embarazo; dar información, hacer prevención y otorgar asesoramiento sobre riesgo y daño y realizar un análisis de las causas que promovían a la usuaria a plantearse la decisión de realizarse un aborto provocado. Como objetivo específico se plantea por un lado poder generar una instancia médica y psico-social de asesoramiento y apoyo para brindar toda la información necesaria para la toma de decisiones responsables y por otro lograr disminuir el número de abortos inseguros y sus complicaciones.

En esa consulta inicial se trata de brindar confianza a la usuaria, apoyar su decisión, ser ecuánime, no denunciarla, no censurarla y por sobre todas las cosas no juzgarla. Nos proponemos no imponer desde nuestra posición de poder, no influenciar a la mujer dependiendo de nuestra percepción del problema, no seleccionar la información que le brindamos dependiendo de lo que nosotros pensamos que es mejor para la paciente.

A través de esto logramos comenzar a generar un cambio en la actitud del personal de salud con respecto a la problemática del aborto. En primera instancia se hace una presentación de la actividad médica legal de acuerdo a la Ordenanza N° 369 del Ministerio de Salud y se explicita siempre que se trata de una entrevista de información y apoyo a la decisión que es tomada por la paciente.

Se confirma el diagnóstico de embarazo a través del dosaje de sub beta HCG, se determina la edad gestacional mediante la fecha de última menstruación y la ecografía, método que también nos sirve para corroborar la viabilidad del embarazo.

Se habla sobre las otras opciones que existen en lugar del aborto, es decir que se manejan los conceptos de dar en adopción o la posibilidad del abandono; se conversa sobre la legislación existente sobre el aborto en cuanto al concepto de aborto privilegiado o a la ilegalidad.

Se les explica los signos y síntomas normales y los signos y síntomas de sospecha que se pueden presentar, se les explica la necesidad de tomar antibióticos, se le programa una consulta posterior y se favorecen nuevos contactos. Por último en esta consulta inicial se llena un formulario previamente diseñado y fijo para este tipo de consultas.

(...) (Hay diferentes cosas que) las mujeres utilizan, allá en Uruguay, para interrumpir el embarazo. La introducción de elementos en la cavidad uterina como agujas de tejer, ramas de perejil, alambres, lapiceras, tijeras, etc. Les explicamos que el útero es una cavidad estéril que aunque lo lastimen, le prendan fuego, lo limpien con jabón o con



alcohol, siempre quedan elementos, quedan parásitos, bacterias. Les explicamos que el mecanismo que tiene la interrupción del embarazo es crear una infección en el útero y de esa forma se aborta, pero esa infección a veces pasa más allá y puede llegar a causarle la muerte a esa mujer. Se lo explicamos clarito, inclusive con dibujos, qué es lo que pasa.

También se usa la introducción vaginal de cáusticos como soda o pastillas de permanganato, o maniobras realizadas por terceros como introducción de sondas vesicales.

Les explicamos que las clínicas abortivas no están reguladas por la salud pública entonces no sabemos quién hace el aborto, puede ser un médico, una partera o un jardinero, ni tampoco sabemos sobre la asepsia del material o de los mecanismos que utilizan. En Uruguay las clínicas abortivas generalmente son mejores mientras más dinero se paga (un aborto sale alrededor de 500 dólares) pero no siempre es así, no se puede asegurar.

Con respecto a las infusiones, se usa té de perejil, de ruda, de mezclas, que producen hepatitis tóxica que es lo que genera el aborto pero puede causar la muerte de la paciente.

También les preguntamos cómo pensaban interrumpir el embarazo porque pueden llegar a utilizar métodos que nosotros no tenemos presente. Les explicamos los problemas que pueden llegar a tener con cada método.

Les hablamos de aborto seguro, les decimos que en los lugares donde está legalizado existen métodos que son de alta efectividad: el legrado instrumental, la AMEU<sup>1</sup> y el aborto médico. Les explicamos que en la mayoría de los lugares donde está legalizado, lo que se utilizan son remedios.

En Uruguay se puede acceder al *misoprostol*<sup>2</sup> pero que no está autorizado. En los lugares donde está autorizado se utilizan cuatro comprimidos (200 microgramos) intravaginales y que tiene que consultar rápidamente al ginecólogo cuando consolide la genitorragia.

---

1. AMEU: Aspiración Manual Endo-Uterina. Se puede encontrar abundante información en los sitios de IPAS, organización internacional no gubernamental que trabaja para reducir la tasa de muertes y lesiones relacionadas con el aborto; para ampliar la capacidad de la mujer de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos; y para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluida la atención del aborto en condiciones adecuadas. Entre los programas mundiales y nacionales de IPAS figuran la capacitación, la investigación, la gestión y defensa (advocacy), la distribución de tecnologías en salud reproductiva y la difusión de información. <http://www.ipas.org/spanish/publications/mva.asp> (Nota editorial)

2. Misoprostol: análogo de las prostaglandinas con propiedades uterótónicas que se usa para provocar aborto. Para ampliar: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29\\_2\\_03/gin07203.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_2_03/gin07203.htm)

Si no se obtienen los resultados esperados hay que repetirlo a las doce horas. También hablamos sobre el síndrome de Moebius, es decir las malformaciones que pueden ser secundarias al uso del *misoprostol*. Con respecto a este fármaco nunca lo indicamos, lo recetamos, lo introducimos o lo proporcionamos y nunca les facilitamos recetas a las usuarias. Sólo lo que hacemos es dar información, democratizamos la información. Es sólo una delgada línea roja pero nosotros jugamos por eso. Si ella pone misoprostol en Google, esto es lo que va a obtener. Nosotros lo que hacemos es transmitir la información a la gente que no puede acceder a Google.

El *misoprostol* es muy caro (creo que son ochenta pesos argentinos) y no toda la gente puede acceder a él. Hay muchas mujeres que dicen que saben que eso es lo mejor, pero la vecina de al lado le coloca una sonda vesical, ya abortó dos veces de esa manera y que no le cobra nada. En esos casos tenemos que cubrirla con antibióticos y decirle que apenas comience con sangrados se tiene que ir al hospital donde la van a ingresar y atender para tratar de minimizar las posibilidades de que tenga una complicación.

Los síntomas y signos normales de sospecha de complicación son la genitorragia y la infección. Usando misoprostol el 90% no requiere un legrado posterior, hace un aborto completo.

Sea cual sea el método que use, se programa la consulta posterior y se favorecen nuevos contactos. Si quiere tener una nueva entrevista por supuesto que se la hacemos. Con aquellas pacientes que tuvimos un buen rapport y una buena consulta pre, generalmente viene a la post: en general el 70% que viene a la pre, después concurre a la post.

Lo que hacemos es detección precoz y prevención de complicaciones, rehabilitación integral y, fundamentalmente, el desarrollo de una anticoncepción inmediata. Usamos mucho la anticoncepción post-evento obstétrico. Muchas veces le colocamos un DIU inmediatamente o sino tratamos de pasar algún método anticonceptivo que la mujer elija informadamente, que sea más adecuado que el anterior que estuvo usando y que falló. No se espera un mes porque pueden venir nuevamente embarazadas. La mujer abortó y en ese momento empezamos con el anticonceptivo.

En el año 2004, en el mes de agosto, el Ministerio autorizó la policlínica. El número de consultas fue aumentando por el boca a boca, las mismas mujeres fueron sabiendo que existía esta situación en el (Centro Hospitalario) Pereira Rossell.

Una cosa interesante es lo que pasó con la mortalidad materna: bajó desde que comenzaron las policlínicas, fundamentalmente disminuyeron las muertes por abortos provoca-

dos en condiciones de riesgo<sup>3</sup>. En el 2004 y en el 2005 solamente hubo una muerte materna por aborto provocado y fue una mujer que no había concurrido a la policlínica, era una mujer que había sido trasladada desde el interior en una sepsis obstétrica. Nosotros atendemos a 80 mujeres por semana, de ellas el 90% termina realizándose un aborto y no hemos tenido ninguna muerte materna desde el año 2004 en base a las consultas pre y post.

Comenzamos con 'Iniciativas Sanitarias' que es la idea de trabajar sobre todo esto y que se inició cuando aumentaron tanto las muertes. Las 'Policlínicas de asesoramiento' son los lugares de consulta pre. La FIGO<sup>4</sup> nos ha financiado para hacer esto en todo el país e inclusive hay países de América que también van a empezar con este tipo de asesoramiento pre y post.

Con respecto a los objetivos del milenio, si Uruguay baja la mortalidad materna por abortos provocados en situación de riesgo a tres cuartos de los registrados en 1995 para el 2015, entonces llega a cumplir las metas del milenio. Yo había hecho junto con investigadores del CLAP los números y Argentina también los cumple. Todos sabemos que son ocho objetivos, dieciocho metas y cuarenta y ocho indicadores: el objetivo número seis es bajar la mortalidad materna; dentro de las metas es combatirla a través de evitar el aborto inseguro; y uno de los indicadores es la razón de mortalidad materna. O sea que con respecto a los objetivos del milenio, si Uruguay y Argentina logran disminuir las muertes provocadas por abortos en condiciones de riesgo, llegan a una de las pocas metas que pueden llegar a cumplir porque las otras están muy lejos.

Muchísimas gracias.

---

3. En Uruguay, L. Briozzo, G. Vidiella et al publicaron un artículo de revisión sobre el tema "El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay". (Rev. Med. Uruguay 2002; 18: 4-13) que se puede encontrar en <http://publicaciones.smu.org.uy/publicaciones//rmu/2002v1/art-2.pdf> (Nota del Editor).

4. FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia



*Protocolos de atención pre-aborto.  
La experiencia en el Hospital Alvarez  
de la ciudad de Buenos Aires.*

**Diana Galimberti**

Estoy muy contenta y agradezco estar acá con la gente de Rosario.

Quisiera empezar con una reflexión. Nada de lo que nosotros hicimos en el servicio hubiera sido posible si no nos hubiéramos juntado la comunidad de los tocoginecólogos con otras disciplinas. Tengo una historia de años de trabajar con el CEDES (que es un lugar de investigación conformado por sociólogos) y la primera experiencia es que los tocoginecólogos tenemos una visión muy estrecha de lo que son los problemas-marco que generan situaciones que después van a terminar en la muerte tanto de la madre como del hijo o de mujeres en todas las etapas de la vida. La posibilidad de hacer lo que hicimos se dio en función de haber pensado entre todos juntos cuál era el problema.

Digo todo esto porque yo empecé hace varios años cuando era jefa de división de la maternidad del Hospital Álvarez de la ciudad de Buenos Aires. Es un hospital de agudos de 450 camas que se encuentra en pleno centro geográfico de la ciudad, inaugurado en 1901. Antiguo, con dificultades edilicias...

En el momento que nos propusimos hacer y trabajar en el tema de las mujeres que se morían por abortos, una de las cosas fundamentales que nos planteamos fue ver y medir qué estaba pasando. En el año '92 yo estaba en el Ministerio de Salud como consultora del programa materno-infantil y recorría todo el país. El común denominador es que las salas de parto eran los lugares más sucios y denigrantes; aún de hospitales ediliciamente bien conformados, siempre las maternidades eran los lugares peores en cuanto a grado de descuido y suciedad, falta de privacidad y maltrato a las mujeres. Creo que esto pasa porque, dentro de la política hospitalaria, las maternidades son las que generan más problemas y no dan demasiado brillo a un hospital.

Una de las cosas más graves y denigrantes que vi fueron servicios de salud donde uno preguntaba qué eran esos lugarcitos sin ninguna norma de higiene y me comentaban que allí hacían los legrados y me decían que los hacían sin anestesia 'para que de paso aprendan'. Lo viví en el hospital 'Carrillo', no estoy inventando, en Santiago del Estero en pleno gobierno de Juárez y me lo dijo una médica mujer. Uno no puede pensar en ninguna intervención sin antes ver quiénes son los efectores de salud, qué es lo que traemos con nuestro bagaje de ideología y qué pasó en la historia de esos médicos formados en una facultad, que recibió un título con todas las esperanzas y termina siendo un torturador igual que si estuviera en Bosnia.

Voy a hablar de una intervención pero el problema es muchísimo más profundo y tiene que ver con las reflexiones, el valor que tienen las personas, qué pasa en los hospitales públicos donde se atiende gente muy pobre que parecería que no tiene los mismos derechos que gente que se atiende en otros sectores. Todo el tiempo está transversalizado con el valor que tiene la persona pobre que accede, parecería que en el imaginario profesional seguimos como en el año '20 donde los profesores iban con su séquito de alumnos dejando, por beneficencia, sus conocimientos en el hospital. Si uno no piensa que en una intervención tiene que trabajar con las personas, qué piensan, qué sienten, qué límites pueden tener desde su percepción privada y de su ideología, y cuanto de su ideología se tiene que guardar en función del respeto a los derechos a las personas.

De la gente que yo estoy hablando nombro a Silvina Ramos, Mariana Romero, Nina Hamberley y el equipo del hospital. Esto hubiera sido imposible si cada una de las profesionales jóvenes no se hubiera puesto la camiseta con este proyecto. Lo empezamos a pensar hará unos cinco años cuando nos presentamos a la OMS para pedir financiación.

Cuando uno quiere demostrar cambios, éstos deben ser posibles de medir, con un proyecto serio y bien realizado. Creo que siempre hay que revisar sin patear el tablero, hay cosas que son normas basadas en evidencias y hay otras que son la cultura del traspaso.

Lo primero que empezamos a trabajar fue el tema de derechos. El profesional no es el dueño del saber; hay normas, hay derechos que están enmarcados en los derechos humanos.

La gente que llega al hospital (que se encuentra en el barrio de Flores) es pobre, son de la comunidad boliviana, la paraguaya y una comunidad altísima de prostitutas y travestis, podemos decir que es una población especial con altísimos riesgos para ciertas cosas.

Hace cinco años me vino a ver la presidenta del sindicato de AMAR, que es de las prostitutas de la República Argentina, me dijo que sobre el HIV las asesoraban más o menos

los del Programa de Sida pero que las compañeras se morían como perras porque se embarazan del que las dirige, luego practican abortos y se mueren. Yo en ese momento era la jefa del servicio y teníamos un director que era un monstruo (aquí digo la segunda lección aprendida que tiene que ver con qué grado de decisión política hay en la institución para que las cosas se hagan), me maltrataba permanentemente. Pero cada vez que se propone un cambio se cambia el eje y se facilitan las cosas, desde que accedo a la dirección del hospital, se hace permeable. Creo que nunca hubiera sido posible que me permitieran, aún sin la ley de ligadura tubaria, hacerlas con todo un trabajo de respeto a los profesionales, con una guía de procedimientos creada por el servicio. Lo que quiero decir es que desde las políticas públicas, si bien uno tiene que transversalizar, el que tiene que estar convencido es el decisor para que las políticas sean de cambio. El jefe del servicio desgraciadamente, por lo menos en muchos hospitales de Buenos Aires, cree que es el dueño de la vida, de la salud, de los médicos y encima impera la ley del gallinero. Cuando uno pregunta por qué no ponen DIU en tu hospital, te dicen que no porque la jefa de gineco dice que es abortivo. Encontraron en el Hospital Argerich 1500 DIU guardados en un roperito cerrado con llave. Cuando te cuentan estas cosas se me revuelve el estómago. Esa señora debería estar sumariada, la jefa del programa tendría que haber hecho una intervención, pero no pasa nada. Yo peleo y pertenezco a organizaciones de mujeres donde tratamos de incentivar lo que es el control social. Yo no he visto nunca que desde el programa de salud reproductiva más activo del país (el de Buenos Aires) le vayan a preguntar a un jefe por qué en su hospital pasa esto.

En el Hospital Piñeyro no ponen DIU y algunos centros de salud dicen que no los ponen porque no tienen las condiciones de higiene. Lo grave es que se lo permiten. Sigue pasando y después uno ve la cantidad de abortos de la ciudad de Buenos Aires y la cantidad de complicaciones, cuando todas podrían tener acceso. Tenemos anticonceptivos que se vencen. Entonces, ¿qué pasa con el monitoreo desde lo social y desde lo programático?

Tuvimos una ilusión compartida con Ábalos de hacer un monitoreo permanente porque sino no hay forma de cambio.

Dicho sea de paso hay una anécdota que les voy a contar. Después de andar doce años por el Ministerio, en el 2004 me llaman para decirme que prescindían de mis servicios y las tres causas eran que yo había ido a un seminario de políticas de reforma en México y no había llevado las palabras del ministro, que había capacitado a generalistas en el tema de salud reproductiva en todo el país (esto es real porque pensamos que la anticoncepción tiene que ser accesible, es una tecnología sencilla que tiene que estar cerca de las personas) y la tercera es porque había llevado el modelo del control abreviado de la OMS

a Corrientes y los correntinos no habían tenido mejor idea que ponerlo como ley cuando el área de capacitación del Ministerio no estaba de acuerdo.

Nosotros seguimos trabajando con el grupo y después de un año y medio he vuelto al Ministerio con todos los honores. Ahora me piden que el tema de post-aborto que yo había iniciado lo lleve a todas las provincias con el equipo del Álvarez. Y uno no tiene que perder la elegancia en este país donde todo el día te están tocando el traste.

Uno llevaba una investigación cierta: en Corrientes el 85% de las mujeres llegaba sin control prenatal. Cuando nos escucharon pararon la oreja y dijeron 'esto está centrado en Medicina Basada en la Evidencia y hay que seguir adelante'. También desde el Ministerio, donde son una manga de bestias, dijeron que tenían que tener siete u once controles, ni pensaron. Los otros lo adoptan y ahora están ofendidos.

Yo podría decir que no existe ninguna excepción para el aborto, pero cuando uno discute a los chilenos ellos te dicen que tienen 16 por 100 mil de razón de mortalidad materna. Hay que poner las barbas en remojo, hay que mejorar la calidad de atención, el 98% de los partos son institucionales y se les mueren como perras porque son unos inútiles trabajando en las salas de obstetricia. Acá un ejemplo es Neuquén, es una de las provincias mejor organizadas, tampoco tienen sangre segura en el último bolichito pero tienen una red que funciona y no se les mueren las mujeres.

Uno tiene que ir aprendiendo de lo que son políticas porque los chilenos te muestran que no legalizaron el aborto pero que sí trabajaron en ampliar coberturas y dar calidad de atención.

El comienzo de nuestro trabajo hace cinco años fue enmarcar en derechos. Que los médicos, las parteras y todos los del servicio tuvieran idea de que existen derechos y que si la gente no los reclama, igual tenemos la obligación de respetarlos y hacerlos conocer. Fundamentalmente el derecho de hombres y mujeres a decidir libremente, el derecho a alcanzar el nivel más elevado de sexualidad, el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

En este momento cuando entro al servicio y escucho que la última de las residentes dice que estamos trabajando en el tema de género y derecho a mí se me cae la baba. Todo se lo consiguen ellas porque no hay un mango, algunas fueron a rotar a Basilea al servicio de salud reproductiva y psicosomática, otra fue a Holanda. Lo que digo es que uno puede tener la posibilidad de pensar pero la libertad, el recurso humano y el trabajo sistemático hace que la gente pueda cambiar.



El varón generalmente está excluido de la mayoría de los programas por omisión o por acción.

En la Declaración de Santa Cruz de la Sierra<sup>1</sup> se ve, en una investigación, cuales son los derechos más violados en toda Latinoamérica. En ese momento cuando trabajamos los delegados en la declaración vimos lo que sí se podría haber hecho y que no se estaba respetando en los países. De ahí solamente quiero tomar 'una maternidad sin riesgo innecesario de enfermedad y muerte' porque acceder a la interrupción del aborto legal es realmente un problema muy grave como los casos de público conocimiento de las dos chicas violadas (débiles mentales), que estaba totalmente contemplado y se interpusieron factores para impedir que ello fuera efectivo en su momento. Pero quiero tomar lo que dice la declaración, que es una carta que todas las sociedades de Latinoamérica firmaron y se comprometieron para que dentro de los países se empezara a trabajar: derecho a una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte, derecho a no morir en el parto. Yo discutí porque creo que es un deber del Estado que no se le mueran las personas, pero Fabundes me dijo que era preferible ponerlo en el marco del derecho para que pueda haber acciones legales en el caso de violaciones.

Uno de los documentos más importantes del Ministerio de Salud fue el análisis de mortalidad materna que hizo el Dr. Arcabe Vinacur con un grupo de investigadores. Una parte fue el subregistro de mortalidad materna y otra sobre aborto. Vieron que las mujeres que llegaban a morir por aborto llegaban tarde, eran peor atendidas aún en servicios de buena calidad con protocolos que no eran validados como para otras patologías. Una de las cosas que sacan como super light (pero lo dejan escrito) es que es probable que el peso de la sanción social que recae sobre el aborto y sus complicaciones ejerza una influencia en las respuestas conjuntas frente a su atención y no se logre aún, como en otras patologías complejas, la respuesta eficiente. Llegaba una mujer al servicio y se le decía '¿qué te hiciste? Si no lo decís no podemos hacer nada. Si no confesás te vas a morir'; en vez de que cuando llega una mujer infectada lo fundamental sea la atención clínica de buena calidad con respecto a la infección. El tema es la infección y la hemorragia.

---

1. Existe una Declaración de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, año 2000 que corresponde a una Reunión de Ministros de trabajo de la Comunidad Andina y del Mercosur. Se puede encontrar la declaración completa en [http://www.oit.org.pe/ipec/documentos/decl\\_santacruz\\_2000.pdf](http://www.oit.org.pe/ipec/documentos/decl_santacruz_2000.pdf) Por otra parte en la misma ciudad se realiza en 2003 por la Declaración Andina para una Maternidad sin Riesgos, enunciada en Santa Cruz de la Sierra en abril de 1993 (ver sitio: <http://www.unfpa.org.bo/Intervencion/PNMNS.pdf>)

Empezamos la idea de este trabajo con el propósito de dar un proceso de comunicación facilitando el contacto directo y privado con las personas, con las mujeres que llegaban. Fundamentalmente queríamos promover que conocieran los derechos y que tomaran decisiones informadas.

¿Qué pensamos cuando empezamos a trabajar? Que teníamos que hacer una intervención previa a iniciar el procedimiento de tratamiento usando la técnica, ahí comenzamos a hacer la práctica para utilizar la aspiración manual endouterina. Siempre digo que aunque uno entrene a la gente para que haga la aspiración manual con la jeringa esto no sirve aisladamente. Fundamentalmente sirve cambiarle 'la cabeza' a los profesionales y que la intervención de trabajo sea integral. Nosotros lo hicimos en la investigación con la idea de promover que el 80% de la actividad sea hecha con la aspiración manual porque pensamos que hay lugares donde hay dificultad para acceder al anestésista o hay lugares en el país donde no los hay, entonces empezamos a implementar esta técnica y con anestesia paracervical con la idea de que traten mejor a las mujeres, que lo hagan con analgesia, que se mejore el proceso y no se utilice el legrado. Fue uno de los supuestos y lo armamos con un proceso de orientación pre, durante y post.

El resultado era mujeres informadas sobre su estado, que supieran qué les íbamos a hacer, evacuar toda la parte de dudas y angustias, una amplia información anticonceptiva y, obviamente, trabajar con un consentimiento informado.

El objetivo era que toda mujer que hubiera recurrido al aborto nunca más tuviera que recurrir a él, si podía tener una opción anticonceptiva y una salida de buen rapport y buen trato con el servicio. Fundamentalmente dándole acceso no a 'consejos' sino a una consejería de alta calidad para que pueda tomar una decisión informada. La gente tiene profundos mitos. Incorporamos una antropóloga que va a trabajar con la comunidad boliviana porque tienen profundos problemas, el tema de violencia es muy importante, pero además la cultura, el poder que ejerce el marido. Es tan difícil poder entrar: uno le dice algo, la mujer dice que sí, elige el anticonceptivo, se lleva el blister y cuando llega al lugar en que vive (talleres clandestinos) le pegan un palmetazo. La violación intramarital es uno de los problemas más serios.

El resultado que buscamos es una usuaria informada y con acceso a la anticoncepción.

La justificación sería que el aborto (clandestino) es la primera causa de mortalidad materna, por sus complicaciones. También es el peso de las internaciones: en el año '95 en todo el país hubo 49 mil egresos en el sector público por complicaciones de aborto; en el 2002 hubo 89 mil. Con lo cual el peso es muy importante desde lo que les llega a los servicios, desde el costo de seguir atendiendo abortos y no poner plata en programas

de capacitación y anticoncepción. Hasta este momento se han puesto 20 millones de dólares en comprar anticonceptivos y, cuando uno recorre el país, se han vencido, no los usan, no les llegan a las mujeres.

Otras justificaciones son el diagnóstico sobre la calidad de atención en el servicio, el respeto de los derechos y utilización de evidencias internacionales sobre los resultados de las intervenciones que sí sabíamos que eran importantes. Son tres elementos centrales: (1) tratamiento de urgencias para las complicaciones médicas, de abortos espontáneos o inducidos, reduciendo el riesgo para las mujeres y costos hospitalarios; (2) hacer una buena consejería y (3) fortalecer vínculos con otros servicios de salud reproductiva para que no haya oportunidades perdidas.

Los objetivos son sobre todo medir qué pasa con los profesionales y el servicio midiendo la calidad de atención, la satisfacción de las mujeres, cómo reciben lo que se les brinda, la disponibilidad de recursos técnicos, ampliar opciones de manejo clínico de las complicaciones mediante la AMEU y sensibilizar al equipo de salud respecto de necesidades de las usuarias.

Para el diseño se hizo una línea basal, la intervención y la evaluación post-intervención. Acá me acuerdo de un amigo, Belinsky, a quien muchos han conocido, que decía que el aliento en la nuca mejora los resultados. El haberles dicho que íbamos a laburar en esto, les hizo parar la orejita pero convengamos que ya veníamos trabajando bastante antes con toda la gente en una mirada diferente.

¿Cómo se hizo todo esto? Con una reconstrucción de la historia del servicio, se instalaron las sociólogas a trabajar adentro, recorrieron las guardias y tuvieron un margen de relación y confiabilidad, sino es imposible penetrar la corporación de un servicio, hasta que fueron aceptándolas como parte del equipo y les permitieron las observaciones. Se hicieron encuestas y entrevistas a las usuarias, cuestionarios con el equipo de salud y un estudio observacional.

La intervención se hizo viendo qué era lo que se necesitaba de acuerdo al cuestionario, a la relación médico-paciente, cómo se estaba observando y qué se estaba haciendo, consejería y entrenamiento de los profesionales en ese tema. Lo que cambió el eje de la intervención fue la calidad de la consejería, que estuvo no solamente en manos de los profesionales, sino que la hace, en este momento, cada bicho que camina: la enfermera, la que contacta, las parteras. Todo el que puede empieza a hacerlo.

La evaluación se hizo nuevamente con encuestas a usuarias, el cuestionario y el estudio. Los resultados fueron de acuerdo a las características de las mujeres, había un porcentaje importante de mujeres casadas o unidas, en cuanto al grado de desarrollo eran amas de

casa o empleadas, muy pocas tenían cobertura (en general en los servicios de todos los hospitales públicos de Buenos Aires casi nadie viene con obra social y sigue habiendo la cultura de que la que tiene obra social, aunque sea la última porquería y la traten como perro, considera que eso es mejor que el hospital público porque éste 'es para pobres'). El otro día haciendo un trabajo de focus group con adolescentes se preguntó por qué querían venir acá y una de las chicas dijo: 'porque en el Piñeyro está lleno de negras'. ¡Miren el mensaje de una adolescente!

La mujer que viene a abortar viene, en general, acompañada por la familia, la pareja, la mamá, no es un habitante solo en la oscuridad. De ellas, un 84% habían tenido entre dos y cuatro embarazos.

Nosotros fuimos midiendo desde lo observacional y después de la intervención la cantidad de embarazos que ya tenían y aproximadamente mayor o igual cantidad de abortos (dos o más) eran los grupos que estábamos viendo pre y post-intervención.

En cuanto a los procedimientos estábamos encantados con la AMEU. Lo tuvimos como instructor a Jefferson Drecsec (un brasileño que trabaja en el trabajo de derechos en los centros de atención a víctimas de violencia) que vino trabajó con toda la gente, con todo el equipo. Es una muy buena experiencia incorporar desde el primer momento a todos. Las enfermeras se embanderaron con el tema de la AMEU, cuando antes no te tocaban una cánula, ahora las estaban lavando, se sintieron partícipes de la experiencia y eso es muy bueno.

Ganamos un proyecto con el gobierno italiano para hacer partos centrados en la familia y hace cuatro días que están en Italia un enfermero, una obstetra y una neonatóloga. La idea es que seamos todos, en serio, iguales, que trabajemos en cada una de las cosas que nos corresponde pero en un marco de horizontalidad.

Ya teníamos gente entrenada previamente, antes que nos autorizara la OMS el proyecto, con lo cual algunos ya sabían manejar la técnica de la AMEU. Previo a la intervención un 36% de los profesionales usaba la AMEU y el resto usaba el legrado, y post-intervención lo hacía un 45%. Mi ambición y la del grupo era que nos mandáramos a la AMEU ya que tiene tres veces menos complicaciones, no tiene perforación, todos dicen que en los lugares más avanzados del mundo es la técnica que se utiliza. El legrado (puede) perforar, trae complicaciones, la mujer grita. ¡Los cambios en la práctica médica son procesos tan lentos! A lo mejor tardaron cien años en hacer que un tipo haga un legrado y ahora que lo tienen metido en los genes, cambiarlo les da tanto miedo que aunque les hagas leer, les decís y les mostrás van nuevamente a lo mismo.

En la aspiración manual, en la preintervención, había un 46% que la usaba o decía que la prefería y en la posintervención fue un 70%.

El tiempo de espera es un buen medidor de calidad de la intervención. Nosotros teníamos para la AMEU un porcentaje importante de tiempo de espera si lo comparamos con el del legrado y pensamos que puede tener que ver con el tema de los ayunos y la parte de preanestesia.

En las encuestas a las usuarias fue importante preguntar si cuando tuvieron angustia o miedo el personal las ayudó. En la AMEU un alto porcentaje de mujeres dijeron que les hablaron, les dieron soporte. Cuando uno habla del legrado instrumental no era así. Se les preguntó también si el médico que la atendió le explicó el tratamiento que le iba a hacer y la respuesta fue que muy poco. En el caso de la AMEU parece que tampoco aumentó en la post-intervención. Una de las cosas que pensamos es que como la práctica es rápida y es corta la espera entre que la mujer llegó y le hicieron el procedimiento, no se hizo toda la parte de información, educación y soporte.

En cuanto al tema del dolor hay algo muy importante: los equipos siguen trabajando sin pensar en lo que es el dolor y es un común denominador cuando vamos capacitando a los otros hospitales. De las encuestas se obtuvo: aumentó pre y posintervención el número de mujeres a las que les hicieron hipnoanalgesia durante la AMEU (de 40 a 64%). Cuando se consulta a los profesionales al respecto si existe una naturalización del equipo de salud frente al dolor previo al procedimiento, te contestan que como usan oxitocina duelen las contracciones y le dicen a las mujeres que ya se les va a pasar, que dura hasta que salgan los restos. No se administran sistemáticamente analgésicos y el usar la AMEU no quiere decir que a la mujer no le duela, y si hay que usar hipnoanalgesia hay que usarla. El procedimiento es efectivo pero eso no quiere decir que la mujer no sienta dolor.

En la etapa post-intervención se observó que cuando la mujer no estaba sedada durante el procedimiento los profesionales buscan tranquilizarla y contenerla narrando paso a paso lo que van haciendo, conversando, explicando el procedimiento y el tiempo que falta para concluir, se le pregunta a la mujer si tiene dolor y se le indica cómo tiene que respirar y relajarse. En la etapa post-intervención el mayor momento de intercambio de información fue previo al ingreso al quirófano y las explicaciones fueron 'de terror'. Esto es en lo observacional, son transcripciones exactas de lo que la observadora encontró. El médico les dice que es 'una aspiración al vacío o con una cánula', 'es como el legrado pero más inocuo', 'es menos agresiva y que no hay riesgo de perforación uterina', 'se introduce la cánula con una bomba de vacío y se aspiran los restos'.

Después de la intervención se vio que en todos los niveles se explica lo que les va a pasar, lo que puede esperar, la anticoncepción. Ha habido un aumento muy importante de la relación médico – paciente.

Hay dos cosas importantes que quiero decir. El servicio, si uno compara estándares internacionales, está funcionando más o menos en la parte de anticoncepción. Se midió si habían recibido información sobre métodos anticonceptivos: un 45% dijo sí, era menor cuando se les hacía la AMEU (estábamos midiendo los de la AMEU y el legrado y veíamos qué pasaba previo a la intervención). En la post-intervención el 78% sí recibió información, contra un 22% que no sabemos si fueron mujeres que se retiraron durante un sábado o domingo que es cuando no tenemos personal que hace la consejería o si simplemente son mujeres que decidieron que no querían información. Pero todo esto es una cosa muy importante y para eso tuvimos que cambiar estrategias: los anticonceptivos no están más en el servicio, están en la farmacia. Nosotros tenemos la suerte de tener farmacéuticos de guardia, las mujeres no tienen que venir a mendigar mes por mes un blister, tienen acceso directo en el momento que los necesiten, las 24 horas. Esto fue un ordenamiento, una política del hospital ya que antes las mujeres tenían que estar buscando al que tenía la llavecita. Ahora se democratizó, se pusieron normas, está como cualquier otro insumo de farmacia.

En la post-intervención el 61% recibió los métodos, se fue con lo que quería o eligió. Si la mujer no tiene un aborto infectado se le coloca el DIU inmediatamente, en dos años llevamos 200 mujeres con DIU post-aborto sin ningún problema. En caso contrario se va con un turno.

Como conclusiones se puede decir que se lograron cambios importantes en la consejería y en la provisión de los métodos. Todos – incluidas las parteras pero no las enfermeras porque son pocas – usan la tabla de la OMS. ¿En otros lugares del mundo no se está discutiendo nada, quieren dar los anticonceptivos de bajas dosis en los supermercados y nosotros les decimos que la partera por ley de ejercicio profesional no? Nosotros sí lo hacemos y realmente está funcionando. Si uno puede dejar el parto atendido por la partera como un proceso de atención de una madre y un hijo, entonces estamos chiflados si no pueden dar anticonceptivos.

La AMEU fue relativamente adoptada entre los profesionales. ¿Por qué digo relativamente? A todos se les caía la baba con la AMEU pero en cuanto se te escapa la liebre vuelven al legrado que es lo que tienen más incorporado. De todas maneras, en este momento, como estamos capacitando a todos los hospitales públicos queremos llegar más alto. Las intervenciones obviamente son complejas, requieren que los investigadores tengan pertenencia con el servicio, un diagnóstico integral, acompañamiento y ajuste si

deseamos anclar esto. Creo que el hecho de que el equipo del hospital, con cuatro años de experiencia, ahora salga a capacitar a las provincias nos va a hacer crecer en la experiencia pero también en darle al servicio la posibilidad de que se tranquilice y pueda adoptar la técnica de la aspiración manual. Por sí sola no sirve para hacer impacto en el tema del aborto, lo que sirve es lo que viene agregado como un paquete integral. Muchas gracias.





*Protocolos de atención post-aborto.  
La atención de mujeres con aborto  
en curso. Experiencia en el  
Hospital Roque Sáenz Peña.*

**Marcelo Raffagnini**

(...) Después de haberlos escuchado estoy seguro de que la problemática no es de una región o país, nos caracteriza a todos y creo que, sin conocernos, todos los servicios hemos planteado al aborto como un problema de salud pública y que es competencia, a pesar de las leyes, de los que trabajamos en salud tratar de resolverlo.

Para entender al aborto como una problemática de salud tenemos que convencernos que no es exclusivo de un lugar determinado, ni siquiera de (tipo de) servicio determinado. En todos los países del mundo se realizan abortos, mujeres de todas las edades pueden verse necesitadas de recurrir a esta práctica. Hay que echar por tierra los preconceptos de que son mujeres solteras que no tienen parejas estables, que es su primer embarazo, etc. Las estadísticas nos muestran que nada de esto es real, que cualquier mujer, en cualquier momento de su vida reproductiva puede estar en una situación que determine la necesidad de recurrir al aborto. Lo que sí tenemos que entender es que por lo menos el 95% de los abortos que ocurren en condiciones de riesgo son llevados a cabo en países no desarrollados.

¿Por qué una mujer llega a una situación tal que tiene que recurrir a un aborto? Puede ocurrir que una mujer quede embarazada deseándolo pero su familia, pareja o comunidad no lo aprueben, o bien que el embarazo ponga en riesgo severo su salud o supervivencia, o que el feto tenga una anomalía. Muchas mujeres no quieren quedar embarazadas porque no es su deseo y hay que respetarlo, por razones de salud, por razones económicas, sociales o culturales, o porque quieren espaciar los nacimientos, no quieren agrandar la familia en un determinado momento. También un embarazo puede ser no deseado porque las mujeres pueden ser víctimas de sexo forzado, coercitivo, o víctimas de violación. A pesar de esto vemos que en América Latina hay 18 millones de embarazos

cada año y de ellos el 52% no son planificados. Esto puede ocurrir debido a falta de uso de métodos anticonceptivos, por falta de información, por falta de acceso, o porque los métodos pueden fallar aún cuando se los use como la práctica lo indica.

En las charlas anteriores se mostró varias veces cuál es la causa principal de mortalidad materna. Según datos del año 2003, pero que se repiten año tras año, son las hemorragias, la hipertensión arterial, las infecciones puerperales, otras causas, pero el aborto es la principal (siempre hablando del realizado en condiciones de riesgo). Este año está cerca del 27% y otros años alcanza más del 30%, pero siempre es la principal causa de muerte materna.

A partir del año '95 en nuestro servicio los egresos de la maternidad por nacimientos tienen grandes variaciones año a año, oscilan entre 2200, 1800, 1700, vuelven a los 2000, es decir que sufren muchísimos cambios con el correr del tiempo. Pero si observamos los egresos por aborto vemos que se mantienen constantes alrededor de un número de 300. A lo largo de todos estos años no ha habido grandes variaciones en el egreso por esta patología.

También lo que observamos fue una evolución en los integrantes de la maternidad. Al inicio de los '90 estábamos aislados de la problemática social de las personas y queríamos dedicarnos casi con exclusividad a la resolución de los problemas físicos de las mujeres. Era como si nos hubiésemos convertido en jueces de las actitudes de las mujeres que concurrían por esta problemática, sobre todo con las que venían con signos o síntomas de infección donde sospechábamos que habían sido abortos provocados.

La actitud de algunos profesionales mostraba las representaciones y prejuicios, que se trasuntaban en ciertos comentarios de parte de otros integrantes del servicio como: 'hay tanta gente que quiere un hijo y vos te lo sacás así'. No digo que era habitual, pero tampoco dejaba de ser frecuente.

Todo esto llevaba a una escasa comunicación entre los integrantes del servicio y las usuarias. Incluso había denuncias policiales en los casos donde corría riesgo la vida de la mujer. Obviamente se hacía diagnóstico y tratamiento de las complicaciones físicas porque para eso estábamos.

Para completarlo, a mediados de los '90 y ante la presión de todos los integrantes del servicio que veíamos cómo aumentaba el número de abortos, un jefe de servicio 'iluminado' puso este cartel en la entrada de la maternidad. Decía que a toda mujer que concurre con un aborto infectado se le iba a realizar la denuncia policial correspondiente, porque correspondía denunciar estos casos.

Quiero retrotraerlos a los gráficos de barra que veíamos al principio para ver que la resolución del famoso cartelito no logró absolutamente nada en cuanto al número absoluto de egresos por aborto. Este hombre nunca entendió que cuando una mujer recurre a esa práctica está en una situación de desesperación, tal es así que por más que muchas conocían que estaban poniendo en riesgo su vida, igual lo hacían.

Lo que sí consiguió ese cartel fue que la mujer esperara más tiempo para consultar, estuviera en su casa tratando de que se resuelva solo el problema, que viniera con valores de hemoglobina por el piso y con infecciones tan severas que aumentó la derivación a nivel de cuidados intensivos en forma exponencial.

En los últimos años, después de un proceso de análisis del tema dentro del servicio, hemos cambiado la forma de dirigirnos a las mujeres. Hemos cambiado por un trato respetuoso, humanizado, con una actitud libre de prejuicios, generándole un ambiente de confianza, de confidencialidad, para que la mujer pueda acceder al servicio lo antes posible. Para que no se vea perseguida.

Cuando llega se encuentra con un grupo que está dispuesto a brindarle información, dispuesto a respetar sus derechos sexuales y que va a dar respuestas a sus inquietudes. Obviamente, vamos a dar respuesta también a las complicaciones que presentan. Vamos a tratar de resolver la retención de restos y vamos a tratar las infecciones.

Hemos creado un espacio de reflexión. Nos hemos reunido pocas veces pero ha sido efectivo. Traíamos casos clínicos, hipotéticos o reales, y tanto enfermeros, médicos, trabajadoras sociales, psicólogos, discutíamos cómo podíamos nosotros mejorar el acceso de esa mujer con ese problema a la maternidad desde que salía de su casa.

Cuando ya la mujer está internada trabajamos en el tratamiento de las complicaciones físicas y también se pone en marcha la consejería en salud sexual y reproductiva. Tenemos una muy buena consejera en salud sexual que recorre las salas, también las salas de espera, y va brindando información en toda esta problemática. También tenemos a Susana Arminchardí, nuestra trabajadora social, que hace ese mismo trabajo, reforzándolo y en los casos donde hay una problemática social también interviene para facilitarles el camino a las mujeres. En los casos necesarios se hace una entrevista a salud mental.

Hacia el final de la internación, próximo al alta, los médicos residentes que evalúan a la mujer diariamente, le entregan el método anticonceptivo por el cual ella optó. Se hace, al momento del alta, la referencia al centro de atención primaria que la mujer reconoce por el lugar donde vive.

Volvemos a la definición de aborto no seguro o en condiciones de riesgo. Cuando nosotros vamos a los seminarios, todos hablamos de las diferentes clasificaciones de aborto (incompleto, infectado, provocado o espontáneo), pero muy pocas veces se habla del aborto seguro y del aborto realizado en condiciones de riesgo. No es más que esto: aquel que se realiza en un lugar que no cumple con las reglas de asepsia que merece toda práctica quirúrgica o que lo hace un personal no capacitado, o bien la combinación de las dos cosas.

Ahí dice: restringir los abortos en un país. Pero también restringirlos en los servicios es perjudicial para las mujeres. Ya vimos que no reduce el número de abortos (lo mostré en la estadística propia del Roque Sáenz Peña), pero sí afecta a la calidad y la seguridad. Cuando hay leyes coercitivas, el número de abortos no disminuye pero sí se afecta mucho la calidad con la que se practican.

Estos son números propios de los seis primeros meses de este año, de nuestra maternidad. Tuvimos 122 internaciones por abortos. Vemos que la edad de las mujeres es muy variable pero la gran mayoría está entre los quince y los treinta y cuatro años (el 81%). En el 27% era su primer embarazo. El 25% de estas mujeres no tiene pareja y un 32% de ellas contaba con un aborto previo, ya sea espontáneo o provocado.

Las causas de esas 122 internaciones: el 84% fue por retención de restos y sangrado y un 16% fue por infección. Estas infecciones son mucho más leves que las que veíamos en los años '90 y esto está relacionado a la receptividad del servicio, pero también a la amplia difusión que tiene en la comunidad el uso de prostaglandinas. Como decíamos anteriormente, uno de los métodos más frecuentes de inducción (del aborto) eran los objetos punzantes como agujas de tejer, sondas, etc.; en los últimos años, con la aparición y distribución masiva de las prostaglandinas, esas infecciones severas ya no se ven. No sé si alguno de los residentes tuvo que derivar una paciente a terapia por una complicación infecciosa. Casi no lo vemos más.

Aparte de ser la principal causa de muerte materna, el aborto (en condiciones de riesgo) tiene otros impactos que muchas veces no están medidos: la lesión de los órganos como el útero, intestino delgado, colon, que son invalidantes y tienen altos costos en la salud pública. También tiene un impacto negativo en la mujer, en la familia y la comunidad. Está demostrado que aquellos hijos cuyas madres han fallecido tienen mayor índice de deserción escolar y mayor posibilidad de muerte violenta.

Una de las principales complicaciones que vemos en las internaciones es la anemia severa. El 10% al ingreso ya cuenta con niveles menores de 11. La mayoría de ellas reciben transfusiones con los riesgos que se exponen con cada procedimiento.

Para demostrar la efectividad de la consejería y de las charlas que se dan diariamente en las salas observamos la anticoncepción efectiva que se llevan estas mujeres al momento del alta: solamente un 3% se fue sin un método anticonceptivo (sólo cuatro mujeres), el 51% optó por anticonceptivos orales y se van del servicio con una o dos cajas tomándolos para iniciar el tratamiento, hay un 30% que opta por anticonceptivos inyectables, nosotros usamos medroxiprogesterona trimestral, y un 16% son referidas al consultorio de ginecología o a los centros de salud con un turno programado para la colocación de un DIU.

Para finalizar, insisto en que las muertes causadas por aborto realizado en condiciones de riesgo son absolutamente evitables. Cuando un aborto se realiza en condiciones sanitarias adecuadas y por un personal calificado, es un procedimiento seguro.

¿Cuál es nuestro rol como integrantes del equipo de salud? Primero, luchar para que la educación sexual comience en las escuelas y además proveer información y educación para que las usuarias puedan optar por un método anticonceptivo. Asegurar como proveedores de salud que haya una amplia disponibilidad de métodos y que sea efectiva a lo largo del tiempo, que no haya faltantes, que las mujeres no encuentren huecos en la provisión de esos medicamentos. Además, tenemos que lograr el acceso a servicios capacitados y seguros para evitar las muertes maternas causadas cuando estos abortos son realizados en condiciones de riesgo.



### *Participante*

Yo pertenezco a Maternidad Martin, mi nombre es Miriam Burdich, soy licenciada en enfermería, estoy a cargo del servicio de cirugía y esterilización.

En su exposición usted habla mucho del equipo de salud pero no noté que mencionara que la enfermera forma parte del mismo. Usted algo mencionó en relación con la enfermera y la AMEU, pero no que estaba integrando el equipo de trabajo en consejería y demás. ¿No participan en ese hospital?

### *Diana Galimberti*

Hablé sobre el hecho de que todo el equipo esté comprometido. Dije que aún con todo lo ocupadas que están las enfermeras, participaron de la experiencia y se adueñaron del método (cuando era difícil que alguien quisiera participar). No hacen consejería porque tenemos dos enfermeras para cuarenta camas, una supervisora y no les daba el tiempo. Pero están entrenándose para hacer consejería.

El deseo nuestro es que la primera estación, la primera relación de la mujer sea con enfermería.

Uno de los problemas es la utilización de la AMEU y en muchos servicios se plantea como un obstáculo el manejo de las jeringas y las cánulas. En muchos lugares los profesionales dicen que los quieren usar, pero hay una dificultad operativa. Acá, quien solucionó los problemas y trabajó fue enfermería que tomó la posta. Por

eso lo resalté. El hecho de que formaran parte del equipo dio la posibilidad que se haga.

### *Participante*

Con respecto a la AMEU en la maternidad no es un uso muy grande el que tenemos, pero sí se utiliza y la gente de esterilización se capacita para que se pueda hacer ese trabajo.

### *Participante*

Cuando se habla de salud sexual y reproductiva, todos los integrantes del equipo de salud tienen que estar comprometidos, hasta el portero o el policía de la puerta. A nosotros nos pasaba, cuando empezamos con esta policlínica, que de repente la gente le preguntaba al portero dónde quedaba y él le decía 'vos vas a la policlínica del aborto'. La mujer ya se sentía disminuida, se daba media vuelta y se iba.

Tuvimos que hacer una sensibilización de absolutamente todas las personas que están dentro del hospital para lograr hacerles entender esto. Tiene que ver con lo que decía el compañero de cómo tratábamos nosotros, los médicos, a las mujeres cuando venían en situación de aborto, pero eso pasaba desde el portero hasta el policía, el enfermero, había como un ambiente de censura y crítica. Era la cultura que había. Para cambiar eso todos los integrantes tienen que estar comprometidos. Hasta que no entiendan esto, el servicio no va a ser eficiente. Esto lo hacemos en salud sexual y reproductiva, pero en realidad es el cambio que hay que hacer en el equipo de salud. Las plantas físicas tienen que ser distintas para atender a la gente con respecto al tema de salud.

Si hay un hospital que no entiende, por ejemplo, que un niño al que van a operar de apendicitis tiene que entrar al quirófano junto a su madre, tampoco van a entender que la mujer tiene que estar acompañada durante todo el trabajo de parto.

Hay un cambio en la sociedad que repercute en la forma que tenemos que hacer la medicina. También el cambio involucra a los integrantes del equipo de salud. La medicina no sólo compete a los médicos (creo que sólo le compete un 5%). Quienes no vean esto van a quedar al margen de la historia.



## *Participante*

Al Dr. Marcelo Raffagnini. Soy enfermera del hospital 'Roque Sáenz Peña', soy licenciada en enfermería. Estoy viendo lo que está pasando con respecto al aborto.

Yo pertenezco a la época (si se puede decir así) de los '90-'93. Era muy difícil. A la mujer se la censuraba y venía con mucho miedo. En la maternidad era tal la cantidad de mujeres internadas por abortos infectados, que yo le había puesto 'el perejilazo'. Ese era el medio con que abortaban y con agujas.

Había un cartel que amenazaba que iban a estar presas.

En la actualidad las cosas han cambiado. El equipo de salud ha tomado conciencia y, a partir del destape de la educación sexual en los adolescentes que va ocurriendo poco a poco, la implementación de las consejerías y con la implementación de la APS donde las mujeres buscan sus anticonceptivos, creo que el tema del aborto va cambiando paulatinamente.

Los del equipo de salud tenemos que ser conscientes.

Recuerdo que usted, doctor, era residente<sup>1</sup> -RT o R3- y yo enfermera de la maternidad. Ciertos médicos atendían con buena voluntad. ¡Qué miedo tenían las mujeres que estaban abortando en la sala! Estas mujeres estaban pariendo con mucho miedo, yo me preguntaba si era necesario. Se lo pregunto también a ustedes... yo creo que la mujer tiene derecho a no tener otro hijo si no lo quiere.

Yo hablaba con las internadas y me decían que venían al Roque Sáenz Peña porque en Villa Gobernador Gálvez no las atienden.

Esto ha cambiado. Antes se la veía como 'imirá lo que hizo!'. En estos momentos somos conscientes de que cada quien vive como puede. Para traer un hijo al mundo hay que tener disponibilidad de dinero y otro proyecto de vida.

---

1. Comúnmente conocidos como R1, R2, R3 de acuerdo que se trate de residentes de primero, segundo o tercer año.

### *Participante*

Quiero decir algo muy importante porque estamos diciendo que monstruos hubo en todos los tiempos. No es cierto. Los monstruos siguen. Creo que seremos monstruos amenazantes para grupos que no piensan como nosotros.

Hay que tener muy claro lo que puede hacer un servicio. La objeción de conciencia es una situación personal y debe ser respetada. Alguien que dice que la mujer que aborta tiene que estar presa porque es ilegal o que Dios la va a castigar, es parte de su ideología. Ese profesional, probablemente, no está en condiciones o no va a hacer un aborto despenalizado en el caso de una demente violada.

Creo que tenemos que aprender a respetar las diferencias aunque nos resulte muy difícil porque uno siempre le pone el broche a lo que le parece extremo.

A pesar de que los servicios han cambiado mucho, uno tiene que poder diferenciar. El que piense que es un daño moral, es un objetor de conciencia, tiene que presentarse como tal y el resto del equipo puede tomar la atención de estas mujeres.

El jefe es responsable de la mejor calidad de atención, pero uno tiene gente en el servicio con diferentes modalidades. Hay que respetarlos. Sería conveniente que haya un registro en el hospital de quienes sean objetores de conciencia en lo público y en lo privado. El doctor que no quiere hacer una ligadura tubaria, no quiere poner un DIU o no quiere hacer un aborto en el caso de ser despenalizado, que no lo haga. Pero el resto del equipo tiene una responsabilidad de cumplir con lo que es por ley.

Socialmente hay una 'derechización' en toda Latinoamérica. Están avanzando los grupos más radicales. Creo que uno tiene ser consciente y hacia adentro de los servicios trabajar sobre las diferencias de las personas.

### *Participante*

Al Dr. Fabián Rodríguez, de Uruguay: ¿En el cambio de conducta del Ministerio en el año 2004 tiene alguna influencia ese gran movimiento popular como es el Frente amplio?

## *Fabián Rodríguez*

Creo que sin ninguna duda. En el año 2004 cuando se aprobó esta normativa, había un gobierno colorado. Acá deben pasar las mismas cosas que allá: a veces se aprueban cosas pero quedan escondidas o no se aportan los medios para que se puedan cumplir. Se aprueban por una decisión política o porque nosotros demostramos de alguna forma que disminuía la mortalidad materna con esta estrategia. Nos apoyamos en la Facultad de Medicina, en el sindicato médico, en la sociedad de ginecología, entonces el Ministerio aprobó esta normativa.

En realidad se aprobó y quedó librada a la buena voluntad. Con esta nueva administración tuvimos un empuje desde el punto de vista económico y local. Como que tuvimos el respaldo político para lanzarla.

Todos los gobiernos, cuando tienen un perfil socialista, se preocupan más de los problemas sociales.

En Uruguay se está discutiendo una ley de salud sexual y reproductiva. Dentro de ella está incluida la legalización del aborto. Existe un 60% de aceptación a nivel popular. Si se presentara a un plebiscito seguramente saldría. Pero el presidente dijo que en el caso de que saliera, él la vetaría. Son incongruencias. La esposa de él está vinculada a movimientos católicos. Son males que tenemos en nuestras tierras que veremos cómo se pueden rever.

A principios del siglo pasado Uruguay fue un país de avanzada, sacó a la Iglesia del Estado rápidamente, le dio el poder de voto a la mujer antes que Francia, autorizó el divorcio antes que la mayoría de los países de Europa y de Estados Unidos. Después, lamentablemente vino un ostracismo y como que todavía nos cuesta tomar decisiones de avanzada.

Somos de los pocos países que tenemos un prócer que no ganó. Es un terrible problema que tenemos. Siempre fuimos idealistas y tenemos un montón de gente con ganas de dar. No bajamos los brazos aunque las condiciones no estén dadas. Vamos a hacer todo lo posible. Esa es la idea. Todos tenemos la posibilidad de hacer algo. Si nos unimos mejor, sino lograremos los cambios de a poquito.

## *Participante*

El aborto está subregistrado, todos lo sabemos.

Cuando nos negamos a verlo como principal causa de muerte materna, tampoco tenemos sistemas efectivos para registrarlos. Muchas veces van a otros servicios y no a los de maternidad.

Si bien el servicio informático perinatal tiene un elemento para registrar egresos por aborto, muchos de ellos van a servicios donde no cuentan con el sistema informático perinatal, por lo tanto no son registrados.

Por más que nosotros capacitemos al personal de la maternidad para un trato respetuoso con la paciente, estamos olvidándonos de un gran porcentaje de abortos que ingresan por otros servicios y que no tienen posibilidad de acceder a los servicios que se están proponiendo desde las maternidades.

Hay servicios donde ginecología y obstetricia están separadas. Muchas veces las estadísticas que se utilizan para los datos de salud materna (se sacan de Ginecología y falta el registro que nosotros pretendemos).

