UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

“Aborto legal en el hospital”. La política de acceso a la interrupción legal del embarazo en dos hospitales generales del Gran Santa Fe: su implementación desde la perspectiva de equipos que realizaban la práctica en esos efectores al año 2018

Autora: María Flavia Del Rosso. Directora: Dra Rosana Teresa Onocko-Campos

Co-director: Dr. Matías Stival

Santa Fe, 3 de diciembre de 2020 (ampliación)

INDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE……7

CAPÍTULO I. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1. Introducción……...8

2. Orígenes de un interrogante ……10

3. Formulación de la pregunta de investigación ……12

4. Explicitación de objetivos ……..13

4.1. Objetivo general

4.2. Objetivos específicos

CAPÍTULO II: LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN…..15

1. Diferentes enfoques para la evaluación de un mismo proceso……..…..19

1.1. Enfoques ascendentes y descendentes..……..……19

1.2. Enfoques específicos e hibrídos……21

2. Actores y estrategias en el proceso de implementación……23

2.1. Actores formales e informales en la definición de las políticas públicas ……..……..……23

2.2. Estrategias de implementación……..……25

CAPÍTULO III: EL ACCESO A LA ILE COMO POLÍTICA DE SALUD……28

1. La ILE en la encrucijada entre la biología y los derechos……..28

2. La ILE en Argentina: una dispar aplicación del marco normativo ……..……...32

CAPÍTULO IV: LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LA PROVINCIA DE SANTA FE……36

1. Las decisiones gubernamentales……..…38

1.1 Registro Público de Objetores de Conciencia (RPOC) ……...38

1.2. Capacitaciones a los equipos de salud…….41

1.3. Colegiados de co-gestión en Salud Sexual……..42

1.4. Unidad Provincial de Acceso y Garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos……43

2. Algunos datos sobre la atención de ILE a nivel provincial……44

3. El acceso a la ILE en el Gran Santa Fe……44

3.1. Efectores provinciales de salud del Gran Santa Fe y su participación en el proceso de atención de la ILE……..45

3.2. Las resistencias en el ámbito hospitalario……46

CAPÍTULO V: APARTADO METODOLÓGICO……...48

1. Efectores provinciales de salud del Gran Santa Fe y su participación en el proceso de atención de la ILE ……48

2. Peripecias de la entrada en las instituciones: lo esperable, lo inesperado, y lo posible……52

3. Características de lxs participantes……...54

4. Materiales y métodos para la recolección y presentación de los datos.....57

4.1. Material……57

4.2. Estrategias metodológicas para la recolección de datos……58

4.3. Estrategias para la presentación de los datos……59

5. Validez y triangulación de la información……61

CAPITULO VI: LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE RECREO……...62

1. Historizando los "*monstruos"*: la incorporación del enfoque de género y la atención de la ILE en el contexto local……..63

1.1. La decisión de implementar el acceso a la ILE: "*poner en evidencia a la salud pública"* ……65

1.2. Atravesar la experiencia: el acompañamiento de la ILE, de lo institucional a lo
subjetivo……..67

2. La construcción de acuerdos institucionales……70

2.1. "*Discusiones bien":* preservando el derecho a la salud……..73

2.2. La objeción de conciencia en la gestión de la discrepancia…….....74

2.2.1. La objeción en Enfermería……75

2.2.2. La objeción en Laboratorio……...76

2.2.3. La objeción en Residencia……78

3. La influencia de otras organizaciones locales……79

4. Consultorio de Atención Integral de la Salud de la Mujer……..80

4.1. Particularidades de la atención de la ILE……..83

4.2. El Consultorio Integral como "*paliativo"*…….……85

CAPÍTULO VII. LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE SANTO TOMÉ…….90

1. Los espacios ganados a nivel institucional…….……...91

1.1. *"Primero me llegaron las pacientes":* los médicos amigables……...91

1.2. De la consulta "*al lado de la Virgencita"* a la Consejería de Salud Sexual con Perspectiva de Género……94

1.3. La Sala de Internación: "poner en jaque lo legal y lo ilegal"……..97

1.4. Efecto multiplicador: interpelando la formación……100

2. El apoyo político……102

2.1. El recurso material y técnico……..……103

2.2. Los *"espacios para pensar"* ……..105

2.3. El acompañamiento entre pares……..…107

3. La decisión de (no) objetar(se) ……..……109

3.1. Recuperar una historia: la objeción como parte de un proceso personal…….……..111

3.2. Obstaculización e indiferencia……...112

4. "*Blindando con nuestro propio cuerpo"*: posibilidades y limitaciones del dispositivo de consejería ……..……114

4.1. La relación con otros niveles de atención……..…115

CAPÍTULO VIII: DISCUSION……119

PRIMERA PARTE: LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS……119

1. Investigación situada y la construcción de narrativas ……119

1.1. El rol de la investigadora en el trabajo de campo……121

1.2. La presencia del contexto en la producción del texto: adaptación de las técnicas empleadas para la recolección de datos ……122

2. El contexto político: algunas consideraciones sobre su efecto en el proceso de investigación ……125

SEGUNDA PARTE: LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ILE EN HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DEL GRAN SANTA FE……129

1. Particularidades de la provisión de la práctica en los efectores analizados……..……129

1.1. De la clandestinidad a la legitimidad: conquistando espacios (y derechos) ……...…131

1.2. La provisión de ILE en la actualidad ……..….136

2. Estrategias desarrolladas a nivel local para la implementación de la ILE……149

3. Condiciones que facilitaron y obstaculizaron la implementación……146

3.1. Una transformación paulatina: procesos previos y relaciones de poder……147

3. 2. Construcción de consenso: autoridades y equipos entre el silencio y la objeción de conciencia ……152

3.2.1. La ambigüedad político-discursiva del silencio en torno al aborto……..154

3.2.2. La (des) regulación de la objeción de conciencia: conflicto, consenso, y el mantenimiento del statu quo……158

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……..164

Recomendaciones para la implementación de la ILE en el ámbito hospitalario……..……167

Glosario de siglas……..……169

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..170

XI. ANEXOS……185

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Los avances en materia de derechos, han impulsado el debate sobre la interrupción legal del embarazo. En el Gran Santa Fe, las acciones del gobierno provincial han impulsado su implementación en el sistema público de salud. Sin embargo, persisten resistencias en el ámbito hospitalario. El estudio realizado aporta a la comprensión de cómo se implementó la ILE en esos efectores.

Estudio cualitativo realizado mediante un grupo focal narrativo y dos entrevistas en duplas. Mediante un muestreo por conveniencia, se convocó a equipos de dos hospitales de segundo nivel de localidades periféricas del Gran Santa Fe, que realizan ILE de manera sostenida desde el año 2015.

Las narrativas elaboradas a partir de los relatos de estos equipos, recuperan el proceso de implementación y las particularidades de la provisión de la ILE en esos efectores. Los relatos dan cuenta, además, de las estrategias de implementación–orientadas fundamentalmente a la planificación, educación, y reestructuración-; y factores facilitaron, obstaculizaron, o tuvieron un rol ambiguo ese proceso (entre estos últimos, la objeción de conciencia y la silenciación del tema en los ámbitos indagados).

Palabras clave: aborto legal- política de salud- estrategias- hospitales

1. Introducción

En consonancia con el marco normativo argentino, en la provincia de Santa Fe se viene implementando una política específica que permita acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) en el ámbito de la salud pública. Es decir: se ha articulado la decisión gubernamental, con medidas y acciones mantenidas en el tiempo y que involucran a varios actores, desarrollando una serie de normativas y dispositivos orientados a fortalecer a los planteles de salud para la provisión de la práctica. Estas acciones fueron impulsadas formalmente a partir del año 2009 con la resolución del Ministerio de Salud que avalaba la implementación en el territorio provincial, de la "Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles", elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2007. En el 2013 se establece además la provisión gratuita de misoprostol en el sistema de salud para la realización de la práctica.

Sin embargo, en la región del Gran Santa Fe (segundo núcleo urbano más poblado de la provincia), la implementación de la ILE ha generado una gran resistencia en el sector salud, particularmente en los ámbitos hospitalarios. Aún así, dos hospitales generales de esa región han desarrollado experiencias exitosas de implementación de la ILE -si bien persisten importantes resistencias para la provisión de la práctica en los de mayor complejidad (de tercer nivel).

Los hospitales constituyen un enclave esencial para la provisión de la ILE ya que cuentan con capacidad técnica para realizar la práctica de manera ambulatoria y en internación, y proveen medicación y servicios específicos a los centros de salud. Por ese motivo, nos interesa conocer cómo se implementó la política de acceso a la ILE en esos efectores. Nos proponemos relevar qué

particularidades presenta la provisión de la práctica, qué estrategias se generaron, y qué aspectos facilitaron y obstaculizaron el proceso de implementación en los hospitales.

Con esa finalidad entrevistamos a equipos de dos hospitales generales de dos localidades periféricas del Gran Santa Fe (Santo Tomé y Recreo), que al año 2018 venían realizando la ILE de manera sostenida desde hacía más de dos años. En esos hospitales, que desarrollaron experiencias exitosas para facilitar el acceso a la práctica, los equipos de salud han actuado como mediadores entre la política y la ciudadanía, constituyéndose además como referentes en el tema para las organizaciones feministas y otros efectores del centro-norte provincial.

Asumiendo que todo conocimiento es situado e histórico, recurrimos a un enfoque metodológico constructivista que nos permita, además, desarrollar un proceso reflexivo en relación a la identidad de la investigadora y sus estrechos vínculos con lxs participantes, ligados además a los supuestos e inquietudes que orientan este trabajo.

En este primer capítulo, explicitaremos el posicionamiento y pertenencias de la investigadora, las conjeturas de la que partimos, la pregunta de investigación y los objetivos del estudio. En el segundo capítulo, analizaremos la política de interrupción legal del embarazo y su dispar implementación en Argentina. En el tercer capítulo, brindaremos una mirada macro de algunas medidas gubernamentales a través de las cuales se implementó el acceso a la ILE en la provincia de Santa Fe, y mencionaremos sus consecuencias más evidentes en el ámbito sanitario. En el quinto capítulo, abordaremos algunos conceptos relacionados a la implementación de políticas. En el sexto, describiremos la metodología desarrollada en esta investigación. En el séptimo y octavo, presentaremos las narrativas construidas a partir de la experiencia del equipo del hospital de Recreo y de Santo Tomé, respectivamente. En el capítulo nueve, discutiremos los aspectos metodológicos y los resultados de la investigación.

Finalmente, en el décimo, presentaremos conclusiones y recomendaciones para la implementación de una política de acceso a la ILE en los efectores hospitalarios.

A lo largo del trabajo utilizaremos los términos “aborto voluntario” e “interrupción legal del embarazo /ILE” en el sentido que otros textos dan a “aborto médico”, “aborto terapéutico”, o simplemente “aborto”. Si bien en Argentina no está contemplada la figura de “aborto voluntario”, la ILE se encuadra en esta figura ya que para su realización se exige el consentimiento de la persona gestante.

Asimismo, usaremos la “x” para remplazar los genéricos en caso de que estos no sean relevantes para la comprensión del texto.

2. Orígenes de un interrogante

La pregunta que orienta esta investigación parte de un lugar “fronterizo” en términos de identidad, y sustenta la intención de promover desde este lugar, una acción política sustentada en la generación de conocimiento. Dicha posición se asocia tanto a la incomodidad como a la posibilidad, determinadas por el entrecruzamiento de diversos intereses en la implementación del acceso a la ILE. Sus coordenadas, siempre móviles, se ubican en la yuxtaposición del activismo feminista, el trabajo formal en el área del Ministerio de Salud vinculada a la Salud Sexual, y la relación personal con profesionales que acompañan situaciones de ILE. Por ese motivo, en este apartado utilizaremos la primera persona para explicitar la voz de la investigadora.

En el activismo feminista, si bien participo en la Asociación Civil “Palabras”[1] desde el 2004, desde el 2016 integro Las AnaMaría, un grupo local de

[1] Organización integrante de la Multisectorial de Mujeres de Santa Fe, de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, y de la mesa Ni Una Menos. Desde este espacio, en el año 2003

socorristas que acompañan voluntariamente a personas que deciden interrumpir la gestación. En este espacio asisto a mis compañeras en los aspectos médicos de la práctica, y/o agilizo la gestión de la atención. Junto a algunas de ellas, en julio del año 2018 generamos dentro de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir[2], un espacio que nuclea a profesionales que acompañan la ILE en el centro-norte provincial.

Respecto a mis colegas médicos/as, si bien actualmente no brindo prestaciones en efectores sanitarios, me relaciono asiduamente con muchos/as que desde hace más de diez años acompañan situaciones de ILE. Con estas personas me unen, en muchos casos, relaciones de amistad que se han ido fortaleciendo en espacios académicos, de activismo feminista, y en la medicina social.

En cuanto a mi trabajo asalariado -la Dirección por la Salud en la Niñez, Adolescencia, y Salud Sexual y Reproductiva (DSNASR)-, es un área técnica ministerial desde donde se impulsaron muchas de las normativas y dispositivos que respaldaron la implementación de la ILE en los distintos niveles del sistema de salud. Ingresé en 2010, al comienzo de una gestión que promovía fuertemente esta política. La mayoría de mis tareas en ese sector ha estado vinculada directamente con el proceso de implementación; de allí surge mayormente la información vertida en el capítulo 3.

En relación al interrogante que nutre esta investigación: como integrante de la DSNASR, conocía las acciones desarrolladas desde esa área en pos de la implementación de la ILE. Sin embargo, tanto desde el activismo como en los intercambios con mis colegas, eran recurrentes las quejas por la irregularidad en el acceso a la ILE distintos efectores, la sensación de soledad con que abordaban el tema, y la escasa información oficial sobre la práctica y su impacto. Esto me llevó a reflexionar sobre el rol crucial de los equipos de salud

---

implementamos la primera consejería en Salud Sexual, vinculada a la Asamblea Barrial de Guadalupe, en el Centro de Salud "Padre Trucco"/ Guadalupe Central.

[2] http://www.redsaluddecidir.org/quienes-somos/

en las posibilidades concretas de la población de acceder a la práctica, y por lo tanto en el proceso de implementación, independientemente de las decisiones gubernamentales.

Por otra parte, mi posicionamiento personal se relacionaba con serie de implícitos que me parece necesario y pertinente mencionar. En principio, mi convicción sobre la importancia de sistematizar e investigar los alcances de los procesos de gestión para generar incidencia política, algo escasamente realizado en el ámbito público. Como menciona el informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (Cárdenas, E. et al; 2017: 14),

> *"La ausencia de información impide conocer la demanda de abortos legales, prever los insumos y recursos humanos necesarios y, en definitiva, plantear una política pública fundada. Además de las falencias en el registro, no existen indicadores de evaluación de las políticas públicas".*

En ese sentido, se me hacía muy clara la conveniencia y factibilidad de convocar para este análisis, a los actores involucrados en él (funcionarixs y equipos de salud de distintos niveles). Consideraba que eran amplias mis posibilidades de movilizar la voluntad política para evaluar este proceso, a pesar de su incipiente desarrollo y mi profundo involucramiento en él. Varios de estos supuestos debieron ser revisados a partir de la solicitud de apoyo institucional al momento de la entrada en terreno, propiciando un proceso reflexivo sobre mis limitaciones, las de otros actores, y las del proceso de implementación en sí mismo.

3. Formulación de la pregunta de investigación

¿Qué características tuvo la implementación de la política de acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en dos hospitales de mediana

complejidad del Gran Santa Fe, desde la perspectiva de los equipos que, al año 2018, realizaban la práctica en esos efectores de manera sostenida desde hacía más de dos años?

4. Explicitación de objetivos

4.1. Objetivo general

Evaluar el proceso de implementación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en dos hospitales generales del Gran Santa Fe a partir de la percepción de los equipos de salud que garantizaban el acceso a la práctica hasta el año 2018

4.2. Objetivos específicos

Construir las narrativas en relación a las características del proceso de implementación de la ILE, de los equipos de salud que garantizaban el acceso a la práctica hasta el año 2018 en dos hospitales generales del Gran Santa Fe.

Relevar qué factores facilitaron y obstaculizaron el proceso de implementación.

Conocer qué estrategias se utilizaron en estos efectores para la implementación de la ILE.

Describir qué particularidades tiene la provisión de la ILE en esos efectores.

CAPÍTULO II: LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Las políticas constituyen procesos dinámicos de carácter cíclico, que puede ser diferenciados en diversas etapas. En este capítulo, nos centraremos en el abordaje de la implementación, los enfoques desarrollados para su estudio, y los actores y estrategias que la posibilitan.

La definición de política pública no es unívoca sino que tiene diferentes interpretaciones y alcances. Zeller (2007: 22) considera que "las políticas pueden entenderse como un conjunto de decisiones que se orientan a impactar en el ámbito social". Sin embargo, la decisión explícita no constituye para el autor un aspecto crucial, ya que a continuación aclara que "también pueden ser acciones gubernamentales sin una clara explicitación de sus objetivos".

Las políticas públicas también pueden ser leídas como un campo de disputa de sentidos, donde diversos actores –gubernamentales y no gubernamentales- pugnan por destinar los recursos del estado a aquello que perciben como un problema. La diferencia entre una situación deseada y lo que la realidad presenta, se considera en ocasiones como un no-problema: algo "naturalmente" asociado a cierto accionar, que no justifica la intervención gubernamental. Por ese motivo, la inacción estatal ante un problema percibido por algún/os actor/es, basada en decisiones explícitas o implícitas, también puede configurar una política pública (Olavarría Gambi M, 2007).

Surel (1995; en Sanchez Segura, 2008: 53) establece un paralelismo entre las políticas públicas y los "paradigmas". A partir de los elementos epistemológicos utilizados por Thomas Kuhn en "Estructura de las revoluciones científicas" (1962), Surel propone la comprensión de la naturaleza de las políticas públicas a semejanza de los paradigmas. Tanto estos como aquellas, estabilizan la realidad alrededor de principios sobre los cuales hay un acuerdo general; recurren a métodos e instrumentos para su desarrollo; y actúan en un terreno

definido por la negociación y la asignación de recursos. Además, de acuerdo a este autor, la naturaleza de las políticas públicas, al igual que la de los paradigmas, es cíclica: alterna momentos de crisis y de períodos "normales", donde estos últimos corresponden a un momento de estructuración social en torno a un acuerdo general.

Por su parte, Olavarría Gambi (2007) identifica, a partir del análisis de diversas conceptualizaciones, algunos elementos centrales a una política pública: una decisión gubernamental; una cadena de decisiones impulsadas por las autoridades; la participación de actores con diversos intereses; e "instrumentos, definiciones institucionales, organizaciones y recursos" necesarios para su implementación (Olavarría Gambi, 2007: 16-18).

Cadenas Ayala y Ruiz López, caracterizan a su vez una política pública en base a tres componentes:

> *"los principios que la orientan (la ideología o argumentos que la sustentan); los instrumentos mediante los cuales se ejecuta (incluyendo aspectos de regulación, de financiamiento, y de mecanismos de prestación de las políticas) y los servicios o acciones principales que se llevan o deberían llevarse a cabo de acuerdo a los principios propuestos"* (Cadenas Ayala; Ruiz López. 2009: 2)

La naturaleza cíclica de las políticas públicas, ha sido diferenciada por diversos autores en tres o cuatro etapas[3]: Gestación, Formulación o Diseño, Implementación, y Evaluación (Lahera, 2004). En la etapa de gestación, surge y

[3] Nakamura lo llama "enfoque del libro de texto" (citado por Revuelta Vaquero, 2007: 148). Esta segmentación ha permitido una desagregación conceptual del complejo proceso político. Sin embargo, Sabatier (citado por Revuelta Vaquero, 2007: 148) argumenta que su enfoque legalista, descuida otros actores y factores que afectan la implementación. Por lo cual no sería de utilidad para indagar adecuadamente la evolución de una política a través de ciclos interactivos producidos por diferentes actores..

se identifica un problema público, y se elabora una agenda de gobierno[4]. Esta etapa es seguida por el diseño o formulación de un plan de acción a través del análisis de problemas, soluciones, factibilidad, y recomendaciones. La etapa siguiente es la implementación, donde deben alinearse la decisión, el presupuesto, la reglamentación, y la ejecución gubernamental. Finalmente, la evaluación de los resultados permitirá ajustar el proceso para reiniciar el ciclo (Franco Corzo, 2013). A diferencia del análisis político, que considera a la política en su totalidad, la investigación de la implementación se focaliza sólo en esta etapa.

La implementación de una política, programa, o práctica, puede considerarse como "el proceso que ocurre entre las declaraciones formales (…) y el resultado final alcanzado" (Revuelta Vaquero, 2007: 139). Los individuos o grupos públicos y privados transformarán esos objetivos previamente decididos de manera más o menos explícita, en principios operativos que generarán una serie de acciones concretas (Van Meter y Van Horn, citados por Revuelta Vaquero, 2007: 139). Este proceso implica tres elementos: una decisión más o menos explícita, una serie de acciones para llevarla a cabo, y ciertos resultados orientados, en el caso de las políticas sanitarias, a mejorar la salud de las personas (Suárez-Obando, Gómez-Restrepo, Castro-Díaz; 2018).

Sin embargo, el proceso de implementación es complejo y multifactorial, y sus resultados no siempre son "el fruto racional de procesos de legitimación democrática incontestados" (Subirats 2001: 260) ni están relacionados con la solución óptima. Por el contrario, estos estarán determinados por la decisión tomada o las características de las intervenciones, pero también por "el sistema de salud, políticas y situaciones específicas en los ámbitos psicosocial, económico y ambiental" (Kindig & Stoddart, citados por Suárez-Obando, Gómez-Restrepo, Castro-Díaz; 2018:4).

[4]Ambas instancias son consideradas separadamente por algunos autores (citado por Revuelta Vaquero, 2007: 148).

La discordancia entre la decisión y los resultados de su ejecución llevó a poner el foco en el proceso de implementación de las políticas, y lo transforma en objeto de investigación a partir de los años ´70 (Olavarría Gambi M, 2007). Desde entonces, y con el objetivo de posibilitar su análisis, se ha desarrollado una Ciencia de la Implementación, nutrida durante más de cuatro décadas por múltiples desarrollos teóricos que han procurado dar cuenta de la complejidad del proceso (Sabatier, 1986. Noble; 1999; 2009. Revuelta Vaquero, 2007. Damschroder et al, 2009. Peters, Tran, Adam; 2014. Peters et al, 2018).

La investigación de la implementación constituye un modo científico –sistemático, fundado y validado- de indagar qué es lo que realmente funciona, y cómo, en las condiciones del mundo real, y los factores que determinan y condicionan su éxito (Suárez-Obando, Gómez-Restrepo, Castro-Díaz; 2018). Su objeto de estudio puede ser “cualquier aspecto de la implementación, especialmente los factores que la afectan (…), los procesos de implementación en sí mismos (…) y los resultados o productos finales” (Peters, Tran y Adam; 2014: 27). Su objetivo es la producción de conocimiento sobre barreras, facilitadores, y factores contextuales relevantes; y sobre el desarrollo de estrategias efectivas y adaptaciones necesarias para facilitar el proceso de implementación (Irazola, 2018)

Van Meter y van Horn consideran que el estudio de la implementación permite conocer cómo un sistema "logra, o no, convertir los grandes objetivos generales de las políticas en servicios públicos concretos y significativos" (Van Meter y van Horn, en Aguilar Villanueva, 1993:102). Además, diferencian los estudios de impacto de la implementación, de los estudios de implementación: ¿mientras los primeros se preguntan “qué ocurrió?”, los segundos indagan “cómo ocurrió” (Van Meter y van Horn, en Aguilar Villanueva, 1993:101)

1. Diferentes enfoques para la evaluación de un mismo proceso

A continuación, realizaremos una revisión de distintos modelos para la investigación del proceso de implementación. La enorme variedad de aquellos constituye un desafío para cualquier intento de sistematización (Proctor et al, 2009) -lo cual, por otra parte, excede a los fines este trabajo. Sin embargo, consideramos que el repaso las diferentes propuestas, nos puede facilitar la identificación de elementos para la exploración del modo en que se implementó la política de ILE en los ámbitos a relevar.

1.1. Enfoques ascendentes y descendentes

En la historia de las Ciencias de la Implementación, los primeros enfoques desarrollados para evaluar dicho proceso fueron los *top-down* (descendentes) y *bottom-up* (ascendentes). Mientras los descendentes consideran la variable legal como origen del proceso de la implementación, los ascendentes se enfocan en los actores más relevantes y sus redes de relaciones.

La perspectiva descendente ("top-down"), parte del análisis de las decisiones de las autoridades político-administrativas el proceso de implementación, seguida de un ciclo de formulación-implementación-reformulación. Este enfoque evalúa la conformidad legal (regularidad) del proceso de implementación, y su eficacia, es decir: el grado de realización de los objetivos formales (Subirats J, Knoepfel P, Larrue y Varonne; 2008: 186). Es de utilidad para analizar políticas cuando la situación está medianamente estructurada "per se" o a través una normativa dominante (Sabatier, citado por Revuelta Vaquero; 2007: 147), para investigar un programa dominante o único, y para el análisis de los aspectos estructurales (Sabatier; 1986).

Las principales debilidades del enfoque descendente, que puede ser considerado "prospectivo", están dadas por su suposición del control jerárquico

de los múltiples procesos que afectan la implementación (Elmore, citado por Revuelta Vaquero 2007: 145), desconociendo las modificaciones generadas por los niveles administrativos. Asimismo, este tipo de análisis requiere para su evaluación, de un proceso desarrollado durante una o dos décadas (Sabatier; 1986. Proctor et al, 2009), ya que un período de implementación relativamente corto (4-5 años) puede considerar erróneamente la efectividad del programa o política, y desatender los aprendizajes y las estrategias desarrolladas por actores diferentes a los propulsores (Sabatier; 1986. Revuelta Vaquero; 2007). Por otra parte, la literatura sobre implementación "descendente" no es específica en relación qué tipo de norma es la que se va a implementar; soslayando que la forma que adopte su enunciación -una ley, resolución judicial, decreto, programa, o decisión administrativa- eventualmente incidirá en las posibilidades de éxito (Revuelta Vaquero, 2007).

En un sentido contrario, el enfoque "ascendente" o "de abajo hacia arriba" (*bottom-up*), surge a principios de los años 80, a fin de salvar aquellas falencias. Esta perspectiva se focaliza en una mirada más bien "retrospectiva" de la implementación, analizando la red de actores más directamente involucrados, y sus capacidades, estrategias e interacciones, para afectar la dinámica del proceso a nivel local (Subirats, Knoepfel, Larrue, y Varonne; 2008. Revuelta Vaquero; 2007). Por eso es de utilidad para la indagación de los aspectos dinámicos del proceso -cómo esos actores se constituyen e interactúan, y los aprendizajes desarrollados por ellos (Sabatier; 1986. Proctor et al, 2009)-, en situaciones en que participan múltiples actores y/o programas involucrados, o la política está débilmente estructurada (Revuelta Vaquero, B; 2007).

Esos enfoques se enriquecieron posteriormente con el análisis los factores burocráticos, como el que proponen Rein y Rabinovitz (1978, citados por Revuelta Vaquero, 2007). Estos autores sostienen que la implementación tiene tres etapas -la elaboración de lineamientos, la distribución de recursos y la supervisión-, atravesadas a su vez por tres imperativos en los cuales interviene la burocracia (Revuelta Vaquero, 2007). Estos imperativos, que pueden

presentar incompatibilidades entre sí durante el proceso, son fuerzas básicas que condicionarán la implementación: legales, racionales y consensuales. El imperativo legal posibilita que los actores plasmen sus intereses mediante la creación de una ley, que luego deberá ser puesta en marcha por los burócratas. En ese sentido, el imperativo burocrático-racional sostiene que la normativa sólo será aplicable si existe correlación entre principios y viabilidad, y los burócratas la consideran razonable. Por último, el imperativo consensual –al cual se subordinan los anteriores- indica que la implementación estará supeditada a las negociaciones entre los grupos de interés (Revuelta Vaquero, 2007).

1.2. Enfoques específicos e hibrídos

Procurando integrar los aspectos más robustos de los modelos anteriores, se desarrollaron otros que indagan las experiencias desarrolladas por los actores durante un proceso de implementación prolongado -al menos una década (Revuelta Vaquero, 2007)[5]. Tal es el caso del encuadre de coaliciones de causa (*advocacy coalition framework*): estas constituyen "la unión de intereses públicos de carácter local, regional, nacional o transnacional en relación con una cierta política" (Subirats, 2001: 262), y su perspectiva se centra en los aprendizajes de cada subsistema de actores. Por su parte, los análisis de las *policy networks* (redes de políticas), se interesan en cómo estas redes influyen en el proceso de toma de decisiones y en sus resultados –*policy outcomes*[6] (Revuelta Vaquero, 2007). Como alternativa de análisis a las *policy networks*,

[5] Otras propuestas teóricas se focalizan en factores puntuales, como ser: "retrasos" accidentales, intencionales, o debidos a diversas prioridades en el proceso de implementación (Pressman y Wildavsky); nivel de cambio requerido por la política, amplitud del consenso desarrollado en torno a esta (Van Meter y Van Horn); y la participación de fixers o actores "reparadores" (Bardach), que pueden corregir el rumbo de una política cuando esta se desvía de sus intereses (todos citados en Revuelta Vaquero, 2007).

[6] El autor menciona que en este punto, la propuesta es poco clara en cuanto a la definición de "outcomes" como resultado de las negociaciones que se reflejarán en la creación de una política, o como resultado de la ejecución de estas decisiones y/o políticas (Revuelta Vaquero, 2007: 149)

más amplias y estables, se suman los enfoques que exploran las redes de implementación (*implementation networks*), más dinámicas y acotadas (Grantham, citado por Revuelta Vaquero, 2007).

Desde una perspectiva pragmática que integra elementos de las propuestas anteriores, en las últimas décadas comienzan a desarrollarse marcos de análisis específicos. Estos incorporan aspectos relevantes de las diversas teorías y de los hallazgos realizados en diferentes contextos (Damschroder et al, 2009. Irazola, 2018) para impulsar la aplicación de estrategias de implementación en contextos "del mundo real" (Bernet, Willens& Bauer, 2013). Para ello elaboran modelos híbridos que se focalizan menos en la identificación del modo o la medida en que funcionan las intervenciones exitosas (Bender et al, 2015. p S214) sino que exploran más bien su impacto, y cómo, dónde y por qué estas lo son. Algunos de estos estudios híbridos evalúan varios elementos simultáneamente, por lo cual son de utilidad para guiar el desarrollo de intervenciones en entornos concretos (Bernet, Willens& Bauer, 2013).

Van Meter y van Horn, por su parte, proponen analizar la implementación desde un modelo sistémico en el cual diversos factores condicionan el proceso. Ellos son: 1). los estándares y objetivos; 2). los recursos (fondos e incentivos); 3). las condiciones económicas, sociales y políticas; 4). las características de los organismos a cargo de la implementación; 5). la comunicación interorganizacional de objetivos y normas, y las actividades para obligar a la implementación; 6). la eficiencia de la implementación; 7). la ejecución (Van Meter y van Horn, en Aguilar Villanueva, 1993).

Tal variedad de propuestas da cuenta de la imposibilidad de una teoría general del proceso de implementación, pero también de la insuficiencia de uno sólo de ellos al momento de analizarlo (Sabatier, 1986. Revuelta Vaquero, 2007. Damschroder et al, 2009). Por este motivo, diversos autores proponen utilizar varios modelos de aproximación teórica, en función de la variedad de contextos, circunstancias, y factores que influyen en esta etapa (Sabatier, 1986. Revuelta

Vaquero, 2004. Damschroder et al, 2009. Peters, Tran, Adam; 2014. Peters et al, 2018).

Como conclusión y en un intento por aunar estas propuestas de análisis, podríamos considerar, en consonancia con el planteo de Peters et al (2018), cinco elementos centrales a todas ellas: contexto, actores, estrategias, variables que influyen, y resultados.

2. Actores y estrategias en el proceso de implementación

El producto final del proceso de implementación está relacionado con la fuerza de los distintos actores y las estrategias que desarrollen en la definición del problema (Subirats 2001). Los alcances y límites de quienes toman las decisiones se verán interpelados por las tensiones entre quienes quieren impulsar el proceso y aquellos de quienes depende la acción. Surgirán estrategias de los grupos opositores para desafiar el control administrativo, y la obstaculización de quienes no pudieron influir en él, para recuperar ese poder (Aguilar Astorga y Lima Facio, 2009). La confrontación de los argumentos en juego dependerá no sólo de consideraciones en relación con la distribución del poder, sino también de los conocimientos, consideraciones ético-morales y racionalidades técnico-económicas de los actores en juego (Aguilar Astorga y Lima Facio; 2009. Olavarría Gambi; 2007).

2.1. Actores formales e informales en la definición de las políticas públicas

Olavarría Gambi (2007) categoriza a los actores que influyen en el proceso de implementación, en base a diferentes variables cuyos parámetros son complementarios y no excluyentes. Dichas variables son: su inserción estable en la estructura estatal (formales/oficiales o informales); el grado de compromiso de sus intereses (centrales o marginales); y su cantidad

(individuales o colectivos). De acuerdo con ese autor, cuando la intervención se implementa en el ámbito público y como decisión estatal, la diferenciación básica es entre actores formales e informales. Dichos grupos e individuos interactúan entre sí en pos de modificar, impulsar u obstaculizar el proceso, y para ello cuentan con recursos particulares -políticos, económicos y cognitivos-, usualmente desiguales, que les otorgarán diversos grados de control (Subirats, 2001).

De acuerdo con Olavarría Gambi (2007), los actores formales desempeñan cargos dentro de la estructura estatal, ya sea políticos, de asesoramiento, o como administradores; su accionar, por tanto, está ordenado por normas. Entre ellos, el personal estable tiene una particular influencia en el proceso de implementación debido al desarrollo de un criterio propio, a partir de su permanencia y experiencia en el sector gubernamental. Su capacidad ejecutora es clave en la etapa de implementación ya que pueden administrar el proceso e incidir en sus aspectos más operativos, y son quienes finalmente aplican la política pública.

Además, los actores formales disponen de los recursos normativos para condicionar a otros desde su situación autónoma y representativa (Subirats, 2001). Sus decisiones, aunque siempre están entramadas en compromisos y negociaciones, son interpretadas en un sentido simbólico “como decisiones de todos, y (…) representativas de aquello que coyunturalmente se entiende como intereses generales” (Subirats, 2001: 260). Esto les permite definir aspectos de la implementación insuficientemente especificados por las áreas políticas, y movilizar otras áreas estatales y grupos de interés para resolver contradicciones o llevar a cabo una intervención (Olavarría Gambi, 2007).

Por su parte, los actores informales pertenecen a la sociedad civil: grupos de interés, académicos, investigadores y expertos, partidos políticos, y medios de comunicación. Su actuación no depende del marco normativo específico de la política que pretenden influir, sino que procuran condicionar el proceso “desde

afuera" (Olavarría Gambi (2007). Para ello actúan ya sea ejerciendo presión política (grupos de interés), aportando recursos de poder (partidos políticos) o conocimiento sobre un problema y las alternativas para abordarlos (ámbito académico), o generando visibilidad e influyendo en los tomadores de decisiones (medios de comunicación). Entre ellos, los grupos de interés son los que desarrollan una actividad más variada para llamar la atención de los funcionarios y obligarlos a modificar los contenidos de la política (Olavarría Gambi, 2007: 57).

Desde otra perspectiva, Peters, Tran, Adam (2014: 30) diferencian a los actores de la implementación, en: gobierno, organización implementadora (integrada por los proveedores), proveedores de servicios y personal de primera línea, y comunidad y hogares. Cada uno de ellos desarrollará estrategias específicas acordes a sus posibilidades. De acuerdo a esos autores, algunas estrategias propias de los proveedores de servicios y personal de primera línea, son los procesos de formación y capacitación continuas, el aprendizaje y apoyo entre homólogos, y el desarrollo de instrumentos de trabajo.

2.2. Estrategias de implementación

Las estrategias de implementación son las intervenciones a las que recurren los distintos actores, y a través de las cuales buscan generar la adopción, implementación, y/o sustentabilidad de un programa, práctica o política (Proctor, Powell. McMillen. 2013: 2). Noble (1999) recupera las "raíces eclécticas" de la investigación de las estrategias de implementación, y realiza una revisión de diferentes trabajos para sistematizar los abordajes en dos categorías. Los enfoques que analizan estrategias de tipo estructural, y los que se analizan los procesos interpersonales. La perspectiva estructural presta especial atención a la indagación en la estructura organizacional formal en que la implementación se lleva a cabo, y los mecanismos de control del proceso y sus resultados. El enfoque interpersonal, por su parte, releva las relaciones entre los actores: el

modo en que se generan consensos estratégicos; la existencia y características de comportamientos autónomos cuando no existe el consenso; el estilo de liderazgo y gestión; la forma en que se comunican entre sí los diversos niveles implicados en la implementación; y el modo en que se difunde la innovación a nivel organizacional (Noble, 1999)

De acuerdo con su complejidad, las estrategias pueden ser: simples, múltiples, o protocolizadas. Las primeras involucran un solo proceso o acción (por ejemplo, recordatorios); las múltiples (*multifaceted),* están representadas por dos o más estrategias discretas. Por su parte, aquellas encuadradas en intervenciones protocolizadas (*blended strategies*), están integradas por diversas estrategias simples, y afectan múltiples barreras a remover a distintos niveles (Powell et al, 2012; Proctor, Powell, McMillen, 2013).

En su preocupación por organizar una taxonomía de la multiplicidad de términos y conceptos utilizados para referirse a las estrategias de implementación, Powell et al (2013) las clasifican en seis categorías. Estas las encuadran en procesos más amplios, que son: planificación, educación, financiamiento, reestructuración de procesos, gestión de calidad, incidencia en el contexto político. Si bien algunas estrategias pueden ser localizadas en más de una de esas categorías, los autores proponen asignar cada una a un grupo principal. Dentro de esos grupos, hay estrategias orientadas a proveer entrenamiento y apoyo en la toma de decisiones, herramientas específicas y guías, grupos de aprendizaje colaborativo, y estrategias normativas, fiscales y económicas, entre otras.

En otro sentido, Proctor et al (2013) proponen operacionalizar las estrategias en función del actor, las acciones, sus objetivos o destinatarios (*action target*), la temporalidad de su aplicación, su duración, los resultados, y sus fundamentos.

Peters, Tran, Adam (2014: 19), por su parte, dan cuenta de estrategias particulares de los distintos actores y áreas de intervención. Son patrimonio de la organización responsable de la implementación, las estrategias orientadas al

mejoramiento de la organización: gestión de calidad (solución de problemas entre equipos, estandarización de procesos, supervisión, desarrollo de directrices), la gestión y fortalecimiento de recursos estructurales, financieros y de planteles. En el caso de los proveedores de servicios y el personal de primera línea, las estrategias de implementación están vinculadas a las prácticas individuales: la formación y capacitación continua, el aprendizaje entre pares, y el desarrollo de instrumentos de trabajo.

En el presente trabajo, revisaremos el proceso de implementación a partir de las propuestas de Van Meter y Van Horn, Powell et al (2012), y Proctor et al (2013). De ese modo, procuraremos identificar “qué, cómo, y quiénes” desarrollaron las intervenciones necesarias para implementar la ILE, y qué condiciones influyeron en este proceso. Tomando para ello, los relatos de los equipos que efectivamente realizan la práctica en los efectores hospitalarios de segundo nivel.

CAPÍTULO III: EL ACCESO A LA ILE COMO POLÍTICA DE SALUD

La paulatina incorporación de la perspectiva de género en el plexo legal y en las políticas públicas, ha llevado, en los últimos años, a la intensificación del debate en torno a la necesidad de garantizar el acceso al aborto legal, seguro y gratuito en el sistema de salud. En ese marco, a nivel gubernamental fueron elaborados documentos normativos y operativos para promover la práctica en el sector sanitario. La política de acceso al aborto se ha concretado así en acciones diversas a través de las cuales, en un contexto usualmente hostil, algunos grupos vienen desarrollando incipientes experiencias para su implementación.

El acceso a la ILE constituye una política enmarcada en los derechos humanos y con un corpus normativo que la sustenta, que requiere decisiones, acciones y actores cuyo ámbito principal es el sanitario. Aquí, la ILE se entrama en una disputa de orden simbólico con relevancias prácticas, entre una perspectiva donde el poder biomédico tutela los cuerpos gestantes, y una de derechos que considera a la salud en sus dimensiones biológicas, psicológicas, y sociales, y reivindica la autonomía sobre la capacidad reproductiva.

1. La ILE en la encrucijada entre la biología y los derechos

La gestación no deseada es una situación que vulnera los derechos humanos y genera profundas inequidades y desigualdades asociadas al género, perjudicando selectivamente a sujetos subalternos dentro de un orden patriarcal: mujeres cis, varones trans, y algunas personas con identidades no binarias. De acuerdo a la OMS, seis de cada diez embarazos no deseados (el 61%) terminaron en aborto entre 2015 y 2019 a nivel mundial. En los países en desarrollo, al menos un tercio de estos abortos se llevó a cabo en condiciones muy riesgosas:

> *"De acuerdo con estimaciones realizadas para el periodo comprendido entre 2010 y 2014, cerca del 45% de los abortos fueron peligrosos (es decir, se practicaron son condiciones de seguridad), y casi todos ellos ocurrieron en países en desarrollo" (OMS, 2020).*

En América Latina y el Caribe, las condiciones de riesgo existen en dos tercios de los abortos. De acuerdo a la información brindada por el Guttmacher Institute (2018), el 60% de los procedimientos de interrupción de la gestación son poco seguros y los servicios de atención post-aborto suelen ser de mala calidad. Dicha región tiene, a nivel mundial, el porcentaje más alto de mortalidad por abortos inseguros (21%): anualmente, un quinto de las muertes maternas se debe a complicaciones de la práctica (OPS, 2010. PAHO, 2010).

Más del 97% de las mujeres en edad reproductiva de esa región, viven en países con leyes de aborto restrictivas (sin permisos, o aceptado sólo para salvar la vida de la mujer en su dimensión física), que generan dificultades para acceder a un aborto seguro. De los 34 países que componen el bloque, 24 permiten la práctica sólo ante determinadas causales: para salvar la vida de la mujer, para preservar su salud (física, mental, y/o social), ante violación, incesto, o anormalidad fetal. La edad gestacional es otra condición, ya sea para la aplicación de la causal o para el acceso a la práctica: aún los países[7] que autorizan el aborto de manera irrestricta en cuanto al motivo, lo limitan habitualmente al primer trimestre (The World's Abortion Laws Center for Reproductive Rights, 2019). A pesar de esas restricciones, el total de embarazos terminados en aborto se incrementó entre 1990– 1994 y 2010–2014, pasando de 23% a 32% (Guttmacher Institute, 2018).

Aún ante la posibilidad legal de acceder al aborto por causales, existen numerosos obstáculos en el sistema de salud, donde el posicionamiento ideológico profesional es una barrera frecuente. Esta situación, cuyo análisis

[7] en México, esta situación se da sólo en el DF.

excede el presente trabajo, ha nutrido una abundante bibliografía (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009. Harris, 2011; Harris, Martin, Debbink, Hassinger, 2013; Carril y López Gómez; 2007. López Gómez, 2010; 2015; 2016. Guttmacher Institute, 2018). Las representaciones y experiencias de lxs profesionales y estudiantes de carreras vinculadas con la salud, dan cuenta de que en esos grupos, la aceptación del aborto inducido suele ser mayor en circunstancias específicas. El apoyo es inversamente proporcional al grado de autonomía de la mujer para decidir la gestación, siendo mayor ante situaciones de violación o discapacidad cognitiva (López Gómez, 2015. Duarte Osis et al, 2013. Ramos et al, 2014. López Gómez; 2015. Barbosa et al; 2012. Díaz-Olavarrieta et al, 2012. Lolatto y Kleba Lisboa; 2013. Miranda Lucas y Comas Dárgemir; 2016).

La brecha entre el plano normativo y el operativo, entre la enunciación formal de los derechos sexuales y reproductivos, y su efectiva realización (Cáneva, 2014), se evidencia en la frecuente penalización total y "de hecho" de la ILE a diferentes niveles dentro del estado (Morán Faúndes et al, 2011). Si bien la ley promueve una mayor aceptación por parte del área médica, no garantizaría "per se" la disposición subjetiva a realizarlo (Díaz-Olavarrieta et al, 2012. Ramos, 2015.). En ocasiones los documentos dan por supuesto que los sistemas de salud absorberán las demandas de abortos por causales, y no regulan explícitamente la organización de los servicios, la readecuación de los procesos de trabajo, y/o la punición que cabe a quienes obstaculicen la práctica (CEPAL, 2012).

De acuerdo al amplio corpus teórico desarrollado en México por Castro y Ervitti junto a otrxs autorxs, la vulneración de derechos sexuales en los ámbitos sanitarios no se vincula sólo a cuestiones gerenciales como la "calidad de la atención" (Castro y Ervitti, 2015). El avasallamiento de la soberanía reproductiva de las personas gestantes atañe a órdenes ideológicos entramados en la lógica biomédica y patriarcal, que se ven interpelados por el derecho a la autonomía de las personas en los procesos vitales (Castro y Ervitti, 2015). Dichos órdenes son: un orden patriarcal asociado a jerarquías de

género, que considera a la concepción como un hecho meramente biológico al cual están destinadas las personas con capacidad de gestar; y un orden político que determina la potestad médica en el control de los procesos reproductivos. Como mencionan estxs autorxs (2014:: 37): “la violación de derechos reproductivos de las mujeres es un epifenómeno de la estructura de poder del campo médico y también una consecuencia del papel que juegan sus principales actores en el mantenimiento del orden social de género vigente”.

La interrupción del embarazo por decisión de la persona gestante contradice el mandato hegemónico acerca de la maternidad propio de modelos asistenciales con un enfoque reproductivista y materno-infantil. En palabras de Vázquez et al (2006: 6), tal modelo asistencial “privilegia la maternidad aunque ella no sea la decisión autónoma e informada de la mujer”. Esta mirada de la salud sexual, naturaliza del “binomio madre-hijo” -histórico objeto de tutela médica- y enfatiza la preservación del segundo término de ese binomio (D´Atri, 2011. Johnson, López Gómez, Sapriza, Castro y Arribeltz, 2011. Anzorena & Yañez, 2016), profundizando las situaciones de inequidad y desigualdad vinculadas al género. El biologicismo de este enfoque asocia además la maternidad a la mujer cis, y excluye de la órbita gineco-obstétrica a las personas con identidades no binarias o trans. Para ellas, es aún mayor la brecha entre el derecho a la salud sexual y reproductiva, y las posibilidades efectivas de su ejercicio (Anzorena &Yañez, 2016).

El aborto voluntario se posiciona así en una encrucijada político-biológica (Ramos et al. 2001) donde se superponen dos formas de pensar la salud. Por un lado, una perspectiva que entrama cuestiones morales a un orden biológico “natural” resguardado por la figura médica. Por otro, un enfoque fundado en la perspectiva de derechos donde la decisión sobre los procesos corporales corresponde a la persona gestante, a partir de su percepción subjetiva sobre el potencial daño a su salud. La perspectiva de derechos “invierte los términos” del poder reduciendo la autonomía profesional al exigir la legitimación de su intervención por parte del sujeto interesado.

La transición entre ambas posturas requiere pasar de una mirada biomédica y tutelar, hacia otra que promueve la soberanía sobre los procesos vitales. Dicho proceso debe ir acompañado de medidas estatales coherentes y sostenidas en el tiempo, capaces de generar una revisión de ciertas características y prácticas habituales a las instituciones del subsector salud, y del modo en que en ellas se constituyen, interpretan y sostienen las identidades profesionales (Cunill Grau, 2010. Benavente Riquelme y Valdés Barrientos, 2014). Sin embargo, en el plano operativo, la institucionalización de la perspectiva de derechos tiene un carácter político-institucional, y presenta un alto grado de variabilidad (Benavente Riquelme y Valdés Barrientos, 2014).

2. La ILE en Argentina: una dispar aplicación del marco normativo

La noción de derechos es una noción relativamente reciente en las políticas públicas latinoamericanas, ya que su incorporación data de no más de tres décadas (Cunill Grau, 2011). Como parte de la transición hacia ese enfoque, el activismo feminista logró poner en agenda el acceso al aborto de manera legal y segura, lo cual representó un avance en diversos países de la región. Las experiencias desarrolladas en Latinoamérica para la implementación del aborto entre las prácticas de salud, fueron el sustrato para los avances en nuestra región.

Los estudios latinoamericanos en relación al aborto -que comienzan a desarrollarse a partir de los años ’90- reflejan que a nivel social prevalecen posiciones polarizadas o mayormente contrarias a la práctica. Las indagaciones sobre las tensiones en torno al debate dan cuenta de una disputa discursiva en torno a las categorías jurídico-políticas de “persona”, “vida”, y “dignidad”, que signan las decisiones sobre la “vida” a preservar -sea de la persona gestante o la del producto de la gestación (Moran Faundes; 2013, 2014; Moran Faundes,

Montes, Sanchez, Drovetta; 2011. Ruibal; 2012. Cáneva; 2014. Bohórquez Monsalve; 2015. 2007, 2015. Zamberlin; 2015).

En Argentina, el Código Procesal Penal de la Nación (CPP) de 1922 condena el aborto en su artículo 85, pero lo permite por causales el Artículo 86. Sin embargo, su interpretación restrictiva ha obstaculizado históricamente el acceso a la práctica y generado numerosos debates, que fueron saldados teóricamente a partir del fallo F.A.L. de la Suprema Corte de Justicia (2012). A pesar de ello, en la actualidad es dispar la implementación de la norma.

Por su parte, el CPP establece dos motivos que para la no punibilidad del aborto. Estos son, de acuerdo al artículo 86:

> *"Inc. 1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*
> *Inc. 2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente."*

La despenalización a partir de esas causales está sujeta a la condición de que el aborto sea "realizado por un médico diplomado y con el consentimiento de la mujer encinta" (Art. 86 CPP). Este consentimiento (signado en el formulario de Consentimiento Informado) legitimará el aborto médico, mientras que la participación de "un médico diplomado" otorgará legalidad a la interrupción del embarazo.

La medicalización del aborto inducido, debería colocar la práctica en un campo técnico, desvinculada de sus dimensiones morales y religiosas (Miranda Lucas y Comas D´Argemir; 2016). Sin embargo, en los hechos convalida la jerarquía médica y permite revestir de valor y autoridad técnico-científica, opiniones y posicionamientos personales de orden político-moral (Schraiber, 2010); restringiendo la soberanía reproductiva de la persona gestante ante las consideraciones de quien debe proveer la práctica. La consideración de los

permisos legales desde una lógica biomédica y restrictiva, ha generado numerosas arbitrariedades en la interpretación de las causales.

Algunos casos emblemáticos obligaron a revisar las interpretaciones dadas al CPP en los ámbitos sanitario y jurídico. En Santa Fe, fue particularmente relevante el fallecimiento de Ana María Acevedo en el año 2007. Ana María era una joven de escasos recursos a quien un Comité de Ética hospitalario le negó el derecho a interrumpir una gestación que le impedía recibir tratamiento para una patología maligna. Esta decisión causó dos muertes (la de ella y de su hija prematura) que podrían haber sido evitadas a través de un aborto claramente encuadrado en la causal salud. A esta situación se sumaron las de otras mujeres a quienes se les negó reiteradamente el derecho a una interrupción por causal violación (como L.M.R., o una mujer víctima de trata de personas), que llegaron a los tribunales internacionales y determinaron sanciones hacia el estado (Asociación por los Derechos Civiles, Women's Link Worldwide; 2014).

La reiteración y gravedad de estos casos llevó a que la Corte Suprema de Justicia de la Nación, intérprete último del sistema normativo argentino, se expidiera finalmente en el año 2012 a través del fallo F.A.L. s/ medida autosatisfactiva (“fallo F.A.L.”) donde instaba a adoptar una interpretación amplia del artículo 86. El fallo F.A.L. clarifica las condiciones de aplicación de las causales: elimina la exigencia de denuncia para acceder a la práctica en caso de violencia sexual (causal violación), lo cual evita su judicialización. Además, en consonancia con la OMS (1948), considera a la salud de manera integral, como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, incluyendo aquellas dimensiones en la valoración del riesgo para la vida o la salud integral (causal salud) (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, 2017).De este modo, plantea la ILE (Interrupción Legal del Embarazo) como un derecho de las personas gestantes, y exhorta a los organismos sanitarios a disponer de las medidas necesarias para su provisión en el marco de la protección de la salud

integral y los derechos humanos (Asociación por los Derechos Civiles, Women's Link Worldwide; 2014).

A partir de este fallo fue posible despejar algunas de las tensiones surgidas en torno a la interpretación de la ley, facilitando la redacción y difusión de documentos orientados a la implementación de la práctica en el sistema de salud. Tal es el caso del Protocolo para la atención integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2015, ampliado en el 2019) del Ministerio de Salud de la Nación, y documentos similares que sientan pautas de acción para la garantía del acceso a la práctica.

Sin embargo, según los datos de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MSN, a fines del año 2019 -a siete años del fallo F.A.L. y cuatro del primer Protocolo para la atención de ILE- sólo diez de las 24 provincias argentinas (entre ellas, Santa Fe) adhieren al protocolo nacional actualizado durante ese año. De las restantes, nueve tienen protocolos con requisitos extra; dos no adhieren pero utilizaban el protocolo nacional, y tres no poseen norma local ni adhieren al protocolo nacional. Como menciona Amnesty Internacional (2017; pág. 2-3):

> *"Para ponerlo en términos concretos: la situación es tan arbitraria que en la práctica, en función de la jurisdicción en que le haya tocado nacer a una mujer o niña, ésta podrá ejercer su derecho de acceso al aborto o no. Pero incluso dentro de las (…) jurisdicciones a nivel nacional donde existen estos protocolos, su implementación es errática y en el último tiempo ha habido algunas iniciativas regresivas que buscan impedir la práctica."*

En cuanto a la instrumentación de este marco normativo, a nivel nacional son escasas aún las investigaciones sobre su implementación.

CAPÍTULO IV: LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

En Latinoamérica, los procesos de implementación de políticas y programas tendientes a facilitar el acceso al aborto legal y seguro, son relativamente escasos y se remontan a no más de una década. En nuestro país fueron de particular relevancia las experiencias de Colombia, Brasil, y Uruguay, que sirvieron de base para el primer documento elaborado en nuestro medio: la "Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles" (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2007). Asimismo, impulsaron la formación de profesionales locales y alentaron las consejerías en Argentina; tal fue el caso de los procesos de implementación desarrollados en Uruguay y México.

Inspirada en gran parte en esas experiencias (Ferrara, 2016), en la provincia de Santa Fe se viene implementando desde el 2009 una política pública orientada a garantizar la realización de la ILE de manera segura y gratuita, incorporando la perspectiva de género y derechos, y en todos los niveles de atención. En su implementación, la decisión gubernamental articuló con diversos instrumentos legales desarrollados con ese fin (Figura 1). Estos fueron acompañados de acciones concretas, intersectoriales y mantenidas en el tiempo, que se desarrollaron mayormente desde la DSNASR.

A partir del año 2009, desde el Ministerio de Salud Provincial (MSP) se elaboraron diferentes resoluciones que adherían a los protocolos para atención de Aborto No Punible (2007-2009) e ILE (2012-2015) del MSN. Estos documentos brindaron un marco técnico-legal para la práctica en todos los efectores provinciales. Sin embargo, la posibilidad concreta de acceder a la ILE de manera gratuita y en condiciones seguras, se concretó en el año 2013, a

partir del suministro de Oxaprost ® (200 mcg de misoprostol en asociación con diclofenac)[8] en todos los efectores públicos.

En el aspecto operativo, la posibilidad de acceder al misoprostol para la interrupción farmacológica de la gestación facilita la realización de la práctica de manera ambulatoria, reduciendo la necesidad de especialistas con entrenamiento en técnicas intervencionistas (OMS, 2019). Su provisión gratuita en el subsector público, redujo además las situaciones de inequidad en el acceso a la ILE generadas por el alto costo del medicamento en las farmacias comerciales[9].

Además, otras acciones fueron desarrolladas desde la DSNASR, con la finalidad de integrar la provisión de ILE a otras prestaciones de salud. Estas fueron: el desarrollo y publicación de un registro de Objetores de Conciencia (RPOC), capacitaciones para los equipos de salud, y la instalación de Colegiados de Co-Gestión en Salud Sexual, y la Unidad Provincial de Acceso y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Muchas de esas acciones han tenido en común la intersectorialidad entre distintas áreas del estado, y la participación de la sociedad civil; a continuación efectuaremos un somero repaso de ellas[10].

[8] Esta combinación está autorizada en Argentina desde hace más de diez años, para la prevención de úlceras gástricas por el uso crónico de analgésicos, y se utiliza o*ff-label*(fuera de prospecto; es decir: para una indicación diferente de aquella para la que fue sintetizada/autorizada) para realizar abortos. La OMS incorporó al misoprostol entre sus drogas esenciales en el año 2005, para la realización de abortos seguros.

[9] Al año 2019, aproximadamente 100 dólares americanos la caja de 16 comprimidos; cada caja sirve para un solo procedimiento.

[10] En la investigación desarrollada por Miranda Ferrara (2016) sobre las Consejerías en la ciudad de Rosario, el Dr Daniel Teppaz, funcionario del área durante el momento en que estas intervenciones se desarrollaron, aporta más información sobre ellas.

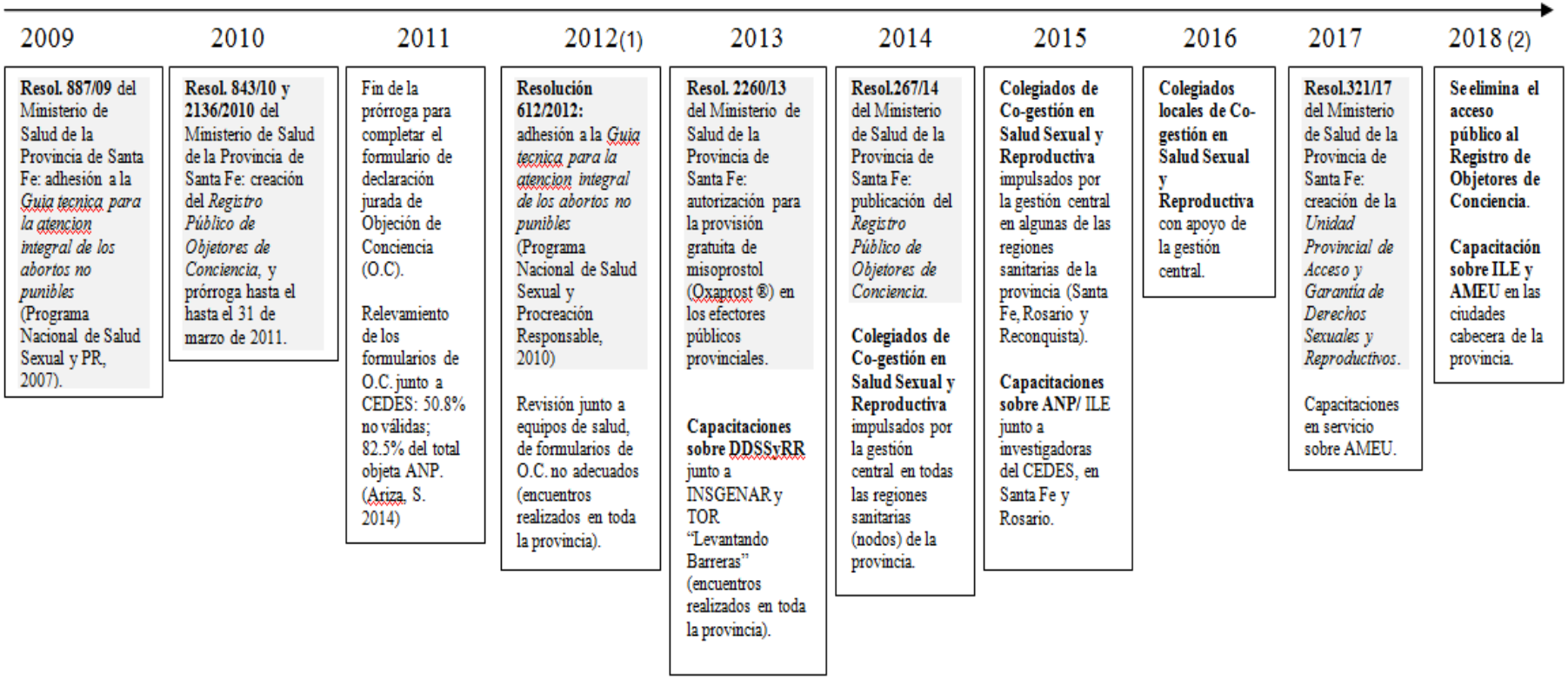
1. Las decisiones gubernamentales

1.1 Registro Público de Objetores de Conciencia (RPOC)

La objeción de conciencia es una alternativa considerada en la Ley N° 11888 para proteger los intereses y derechos involucrados -y eventualmente, en conflicto- en la prestación de las prácticas vinculadas a la salud sexual. En consonancia con esta perspectiva, y trabajando en conjunto con diversas organizaciones de la sociedad civil integrantes del Consejo Asesor en Salud Sexual y Reproductiva, el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, desarrolló esta herramienta para construir un registro del personal objetor (RPOC). En palabras del entonces responsable del desarrollo de este instrumento en la DSNASR, Daniel Teppaz, "a partir de la objeción de conciencia, se empieza a trabajar con aborto no punible. Y se empieza a trabajar con los protocolos [de ILE]" (Ferrara, 2016:76).

Esta herramienta permitía que quienes consideraran que determinadas prácticas comprendidas en el marco normativo vinculado a Salud Sexual, entraban en contradicción con su conciencia, pudieran abstenerse de cumplir con la ley mediante la presentación de una declaración jurada. Sin embargo, el Estado no puede incumplir sus propias normas, y el costo de la objeción no debe trasladarse al/la paciente. Por ese motivo, la validación del formulario tenía varios requisitos: hacerse con antelación a la situación objetada y de

Fig. 1: **Principales medidas tomadas desde la gestión central para la implementación de la ILE entre los años 2009 y 2018**



(1) Fallo F.A.L. S/ medidas autosatisfactivas, Corte Suprema de Justicia de la Nación.
(2) Creación de la regional centro-norte provincial, de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir.
En gris, normativas.

Fuente: elaboración propia

manera individual; y no contradecir conocimientos científicos con evidencia aceptada ni imponer a las usuarias condiciones extras a las requeridas por la ley (Ariza Navarrete, 2012; 2014). Por otra parte, esta excepción no eximía de brindar información sobre la prestación objetada, referir a un/a profesional no objetor, brindar atención de emergencia, e informar previamente su condición de objetor/a[11]. Cabe aclarar que ninguno de los documentos normativos especificaba estas condiciones, excepto que la objeción debía tener validez tanto en el ámbito público como en el privado.

La finalidad de la publicación del registro de objetorxs era "resguardar el derecho de la población y respetar las convicciones de los trabajadores a través de las medidas organizativas necesarias para garantizar en cada servicio las prácticas establecidas por ley" (Resol 843/2010, MSP). La resolución instaba además a las autoridades a realizar los arreglos institucionales necesarios para relevar al personal objetor de la práctica objetada, y garantizar la presencia no objetorxs para evitar que se resienta la atención (Resol 843/2010, art. 5°).

En el desarrollo del RPOC participaron diversos estratos políticos, y los formularios de declaración jurada fueron relevados por la DSNASR con el asesoramiento del Centro de Estudios del Estado y Sociedad- CEDES (Ariza Navarrete; 2014). Los formularios invalidados fueron revisados en dos oportunidades con el personal que solicitaba la excepción. El registro quedó integrado finalmente por 172 objeciones válidas: la ILE fue, por lejos, la práctica más objetada -95% de los casos (Ariza Navarrete; 2014).

Desde el 2011 la posibilidad de objetar no volvió a abrirse para quienes ya integraban formalmente algún plantel de salud. En el año 2014 el RPOC quedó disponible para la consulta pública en la página oficial, dándosele de baja del sitio en el año 2018: hasta esa fecha, ningún/a trabajador/a de los efectores relevados en este estudio figuraba en este registro.

[11] Todas esta condiciones fueron publicadas posteriormente en la página oficial del MSP, estando disponibles a la actualidad.

1.2. Capacitaciones a los equipos de salud

Paralelamente al proceso de sistematización del RPOC, se generaron reuniones con los planteles a fin de revisar inconsistencias en la confección de los formularios y reflexionar sobre las características que debía tener la objeción para ser validada. En todos estos encuentros fue posible identificar la existencia de prácticas y preconceptos contrarios a los derechos sexuales, lo cual evidenció la necesidad de generar espacios de reflexión en los equipos incorporando la perspectiva de género.

Por ese motivo, a partir del año 2012 se realizaron capacitaciones sobre Derechos Sexuales (reproductivos y no reproductivos), coordinadas por la DSNASR y diferentes organizaciones civiles que trabajaban en la temática en conformidad con el marco legal vigente. En un principio, estos encuentros se desarrollaron en las ciudades cabeceras de las cinco regiones sanitarias de la provincia y participaron los equipos de los efectores e integrantes de organizaciones de la comunidad. Estos fueron coordinados por la DSNASR, conjuntamente con el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR[12]), y/o el Grupo de Teatro del Oprimido de Rosario.

A partir del 2015 las capacitaciones se focalizaron en ILE, girando en torno a la clarificación de valores personales entramados en las prácticas profesionales, y la revisión de los aspectos legales y los aspectos técnico-clínicos en torno a la práctica. Estos encuentros se desarrollaron en las ciudades de Santa Fe y Rosario; en algunos de ellos participaron investigadoras del CEDES. En 2017 se realizaron capacitaciones en servicio sobre técnica de AMEU, personalizadas y en efectores puntuales, coordinadas por la UPAGDSR.

[12]Más información sobre esta actividad, puede encontrarse en https://insgenar.wordpress.com/proyectos-2/levantando-barreras-para-el-acceso-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos/ano-2013/ Consultado a diciembre de 2019.

En 2018-2019 se hicieron algunos encuentros masivos sobre ILE junto a la organización internacional IPAS[13].

Todas estas actividades fueron de asistencia no obligatoria y en horarios de trabajo; la invitación se cursó a través de la coordinación política territorial y/o institucional, a los planteles de los distintos niveles de atención.

1.3. Colegiados de co-gestión en Salud Sexual

Sousa Campos desarrolla una vasta línea teórica en relación a la gestión participativa en salud. En ella define al colegiado como un método para la gestión de Sistemas y Establecimientos de Salud de manera democrática –"Gestión Colegiada"- que posibilita un acompañamiento entre equipos de salud de distintos niveles y efectores (Campos, 1998). Esta propuesta se basa "no en la idea de autogestión, sino en el concepto de Co-Gestión. Todos participan del Gobierno, pero ninguno decide solo o aislado en lugar de los otros" (Campos, 2008: 2).

En la provincia de Santa Fe, los colegiados de co-gestión en Salud Sexual se instalan en Rosario a partir del año 2014, con el objetivo de generar acciones de educación permanente y co-gestión en salud sexual, y de promover espacios de consejería en los distintos efectores (Ferrara, 2016: 78). La propuesta surge no sólo de la necesidad de resolver el debate en torno a la tensión responsabilidad/estigma en relación a las prácticas –fundamentalmente, de ILE-, sino también del reconocimiento de las diferentes realidades locales a lo largo del territorio provincial y la evidencia de que "en cada espacio hay que armar algo a medida" (Teppaz, en Ferrara, 2016: 78).

Con esa finalidad, se implementaron en diferentes regiones de la provincia de Santa Fe, encuentros de reflexión colectiva integrados por efectores de todos los niveles de complejidad, diferentes áreas del gobierno, y organizaciones de

[13] www.ipas.org

la sociedad civil. Las actividades se planificaron y desarrollaron de manera intersectorial, coordinándose desde la DSNASR junto a la Dirección de Salud Mental, la Dirección de Políticas de Género del Ministerio de Desarrollo, el equipo de Educación Sexual Integral, organizaciones feministas, y áreas de los municipios y comunas. Si bien se convocó a planteles de todos los niveles de salud, participaron fundamentalmente los de centros de salud y hospitales de baja complejidad.

Las reuniones se desarrollaron mensualmente durante los años 2014 a 2016; si bien en todas ellas se abordaron problemas relacionados con la gestión local en salud sexual, un tema prioritario –surgido de las demandas de lxs participantes- fue la implementación de la ILE. De los encuentros realizados en el Gran Santa Fe, participaron de manera regular los/as integrantes de los dos efectores relevados.

1.4. Unidad Provincial de Acceso y Garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos

A fines de 2017 se creó en la órbita de la DSNASR, la Unidad Provincial de Acceso y Garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos (UPAGDSR), que permitió diversificar la provisión de la ILE mediante la incorporación de la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU). Las funciones de esta Unidad consistían en: coordinar equipos itinerantes y procesos de atención, capacitar equipos de consultoría regionales, y desarrollar líneas técnicas de gestión y seguimiento de la temática (Resol. 321/17 del MSP).

El dispositivo estaba integrado por dos especialistas en gineco-obstetricia, uno de ellxs, contratado especialmente para realizar procedimientos de AMEU en distintos hospitales de manera itinerante. En el marco de estos procedimientos, eventualmente se realizaban capacitaciones en servicio de personal predispuesto a realizar la práctica. A partir de fines de 2018, algunxs de estxs profesionales comenzaron a realizar AMEU de manera ambulatoria y en el

primer trimestre de gestación. Estas se practican desde entonces en un consultorio específico ubicado en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias/ CEMAFe, un efector del Gran Santa Fe con un segundo nivel de complejidad sin internación.

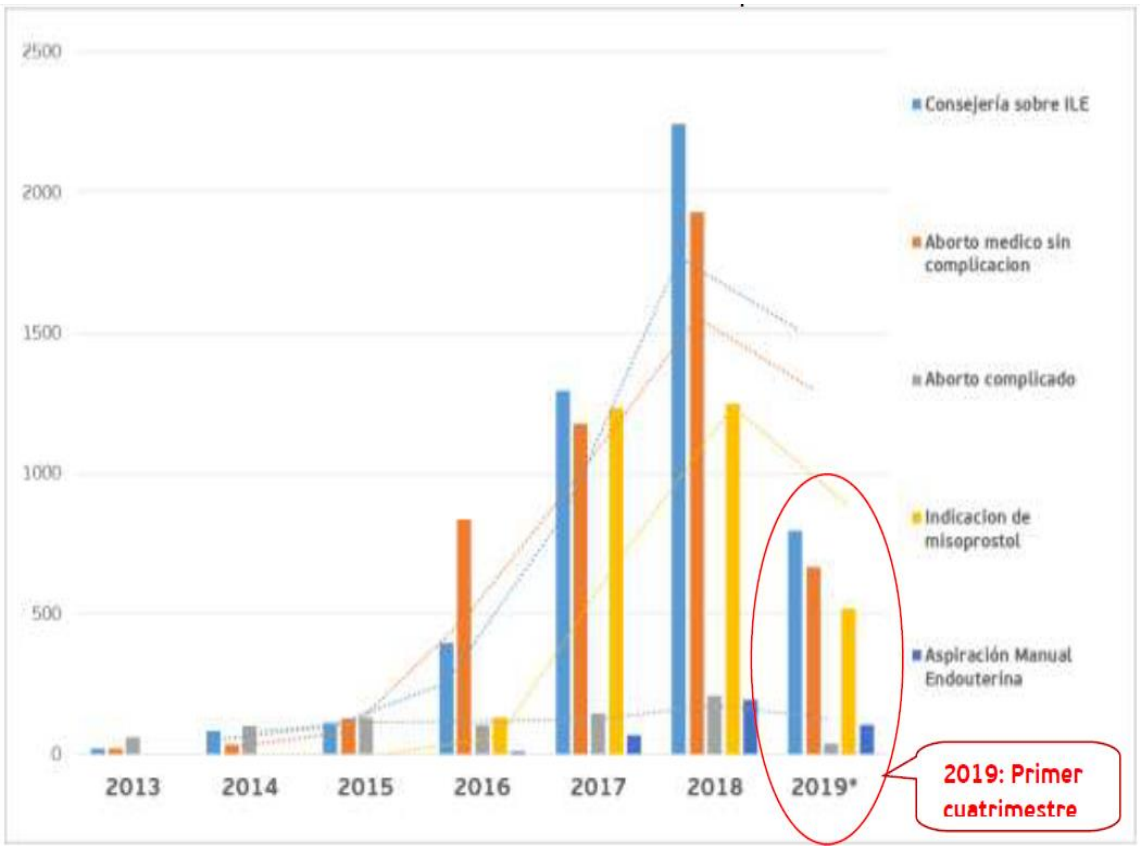
2. Algunos datos sobre la atención de ILE a nivel provincial

Los registros provinciales al año 2019, evidencian que la provisión de ILE (Gráfico 1) se ha incrementado de manera constante y marcada a partir del 2013. Esto puede inferirse del aumento de las atenciones ambulatorias vinculadas a ese diagnóstico –como abortos médicos sin complicación, consejería sobre ILE, indicación de misoprostol, y AMEU. En cuanto a la forma de interrupción, esta es mayormente farmacológica: la indicación de misoprostol, inexistente en el período 2013-2015, se incrementó más de mil veces en el lapso 2016-2017[14]. La práctica de AMEU, que sólo se realiza en el segundo nivel de atención, comienza a registrarse en el año 2017 y se incrementa más del doble en el 2018.

Los datos sobre atenciones de ILE para el período 2013-2018, desagregados por efector y año, se solicitaron oportunamente a la Sala de Situación del Ministerio de Salud. Sin embargo, sólo nos fue remitida la información que aquí consta. Lamentablemente, esta no discrimina por nivel de atención ni efector, por lo cual no es posible determinar su grado de participación en la provisión de la práctica (salvo en el caso de AMEU o de aborto complicado, que corresponden al segundo o tercer nivel).

[14] Dado que la medicación estaba disponible ya desde el 2013, este marcado aumento de la codificación puede ser atribuido a una mejora en el registro.

Gráfico 1: **Atención ambulatoria asociada a ILE (toda la red de salud provincial). Eventos seleccionados. Santa Fe, años 2013 al primer cuatrimestre de 2019**



Fuente: Sala de Situación MSP

3. El acceso a la ILE en el Gran Santa Fe

Las medidas tomadas para proveer la ILE en los efectores de salud, generaron dos efectos contrapuestos en lo que hace a las posibilidades de acceder a la práctica. Por un lado, como ilustra el Gráfico 1, se incrementó paulatina y

notablemente el registro de la atención de esas situaciones en las Consejerías[15] tanto en Centros de Salud como en hospitales. Por otro, se agudizó la intervención de los grupos antiderechos para obstaculizar la práctica, fundamentalmente en los ámbitos hospitalarios. A continuación, haremos una breve reseña de estos efectos, a fin de facilitar la contextualización de la implementación al momento de este trabajo.

3.2. Las resistencias en el ámbito hospitalario

El proceso de implementación de la ILE fue enormemente resistido particularmente por grupos pertenecientes a la corporación médica, con el apoyo de organizaciones confesionales. El posicionamiento ideológico ha demostrado ser más marcado en los hospitales de mayor complejidad: la arbitrariedad con que se brinda la práctica queda en evidencia en los dichos de los responsables de los servicios de Ginecología[16], quienes vulneran abiertamente el marco legal vigente, y contradicen públicamente el discurso ministerial que asegura la universalidad en el acceso a la ILE[17].

Estxs profesionales se organizaron en la ciudad de Rosario, en la agrupación "Médicos por la Vida", y de Santa Fe -organización civil "Ramón Carrillo"[18],

---

[15] Cabe aclarar que este dato puede estar sesgado debido a que las actividades de Consejería también se registran en Centros de Salud.

[16]Ver "Aborto legal: las posturas en los hospitales de Santa Fe". Diario El Litoral, edición del viernes 15/06/2018, en https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/172872-aborto-legal-las-posturas-en-los-hospitales-de-santa-fe-tras-la-media-sancion-en-diputados-area-metropolitana.html. "El debate por la legalización del aborto: ¿qué pasa en los hospitales de Santa Fe?" Diario El Litoral, edición del domingo 18.03.2018, en https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/166926-el-debate-por-la-legalizacion-del-aborto-que-pasa-en-los-hospitales-de-santa-fe-argumentos-a-favor-y-en-contra-area-metropolitana.html (consultas realizadas al 31/07/2019)

[17] "Santa Fe garantiza el aborto no punible", consultado al 31/07/2019 en https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/262466/

[18] Ambos grupos son apoyados por el clero conservador. El primero, abiertamente opuesto a los derechos sexuales: https://www.facebook.com/MedicosPorLaVidaArg/; https://www.aciprensa.com/noticias/marcha-de-respaldo-a-medicos-pro-vida-en-argentina). El segundo grupo, con fuerte incidencia política contra el aborto legal entre la comunidad médica local:

organización como Grávida[19]- para realizar acciones tendientes a obstaculizar la implementación de la ILE. Dichas acciones han ido desde presionar a sus colegas para que objeten la realización de la práctica, hasta generar actos públicos liderados por médicos estatales -"volanteadas", manifestaciones en la puerta de los hospitales, etc.- e incluso acciones de desobediencia civil (objeción de conciencia "masiva" o institucional).

Sin embargo, y a pesar de estas resistencias, al año 2018 las diferentes organizaciones de Socorristas daban cuenta de que, en el Gran Santa Fe, la práctica se venía realizando de manera sostenida. La provisión se realizaba en algunos efectores del primer nivel de atención de la ciudad de Santa Fe, pero también en dos hospitales de segundo nivel de las localidades de Recreo y Santo Tomé.

La desigual implementación en los efectores hospitalarios sugiere que las acciones desarrolladas desde el nivel central estuvieron mediadas por actores locales que fueron determinantes en ese proceso. Con la finalidad de indagar cómo jugaron estos factores en el proceso de implementación de la ILE, se llevó adelante un estudio con planteles que realizan la práctica de manera sostenida desde hace más de dos años en los efectores hospitalarios. Este constituye un avance provisorio en el análisis ese proceso.

---

http://www.ramoncarrillo-stafe.com.ar/nota_salud_Presidente-de-agrupacion-acompano-la-marcha-de-panuelos-celestes-contra-el-aborto-legal-y-gratuito-y-planteo-a-el-litoral-el-problema-de-los-medicos_0.html. (todo el material consultado al 31/07/2019)

[19]En el año 2017, una psicóloga voluntaria de esta organización de habitual presencia en la sala de Obstetricia del Hospital Iturraspe, fue sancionada por el Colegio de Psicólogos por impedir el acceso de una niña a una ILE por causal violación durante el año 2015; sanción que luego la justicia santafesina anuló por unanimidad (consultado en https://www.valoresreligiosos.com.ar/Noticias/sin-efecto-la-sancion-a-una-psicologa-que-defendio-la-vida-11289)

CAPÍTULO V: APARTADO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio cualitativo, transversal, retrospectivo, con fines exploratorio-descriptivos, realizado mediante un grupo focal narrativo y dos entrevistas en duplas -una semiestructurada y otra en profundidad. En este capítulo mencionaremos las características del proyecto de investigación original, las dificultades y posibilidades encontradas para la entrada en las instituciones, y las modificaciones realizadas a propósito de estas. Luego describiremos las características de lxs participantes, de lxs materiales y métodos para la recolección y presentación de los datos, y de los procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación. Finalmente, las técnicas utilizadas para la triangulación de la información.

La investigación contó con el apoyo de la Asociación Civil “Palabras”, integrante de la Multisectorial de Mujeres de Santa Fe y del Consejo Asesor en Salud Sexual y Reproductiva[20], y recibió la beca Abraham Sonis 2018 de la Comisión Nacional de Investigación para la Salud.

1. Efectores provinciales de salud del Gran Santa Fe y su participación en el proceso de atención de la ILE

El área denominada Gran Santa Fe es el aglomerado urbano formado por la conurbación de la ciudad de Santa Fe (departamento La Capital, provincia de Santa Fe, Argentina), con las localidades de Santo Tomé, Recreo, Sauce Viejo, San José del Rincón, Arroyo Leyes y Monte Vera. Constituye uno de los centros urbanos más grandes del país, con 490 171 habitantes (Indec, 2010). Sobre la

[20] El Consejo Asesor en Salud Sexual y Reproductiva se crea a partir de la Ley Provincial 11888 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, y está formado por diferentes organizaciones no gubernamentales y los colegios profesionales pertinentes al área de salud. https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126123/(subtema)/93802

ruta Nacional Nº 11 se encuentran las dos ciudades más pobladas después de Santa Fe: Santo Tomé y Recreo, al sur y al norte respectivamente.

El sistema de salud provincial se organiza en tres niveles de atención de complejidad técnica creciente: el primer nivel corresponde a centros de salud sin internación (mayormente provinciales, con algunos efectores municipales); el segundo nivel a hospitales generales (con internación, atenciones especializadas ambulatorias, y cirugías programadas) y centros específicos; y el tercero a hospitales de alta complejidad (con unidades de terapia intensiva y cirugías de urgencia)[21]. Independientemente del nivel de complejidad, todos ellos cuentan con personal de enfermería, administrativo, de mantenimiento, médico, de trabajo social, y de salud mental. Las dos últimas disciplinas son constantes en el segundo y tercer nivel, y más irregulares en el primero; las especialidades médicas varían en función del nivel de atención.

[21] https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4

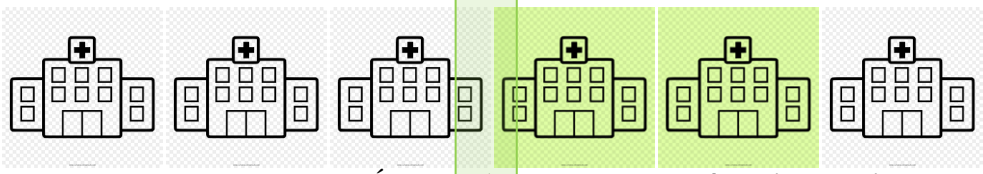
Fig. 2: **Características de los efectores de salud del Gran Santa Fe**

CARACTERÍSTICAS DE LOS EFECTORES DEL GRAN SANTA FE

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: ILE >14 semanas, complicaciones

Hospitales de alta complejidad médica y tecnológica, con responsabilidad territorial. Representan el último nivel de referencia de la red de cuidados del centro-norte provincial.

En el Gran Santa Fe son tres: dos de adultos (J.B Iturraspe y J.M. Cullen) y uno pediátrico (Dr O Alassia); ubicados todos en la ciudad de Santa Fe.



SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN: ILE de 12-14 semanas y/o en internación, AMEU

Hospitales de baja complejidad asistencial y diagnóstica. Atención especializada, con énfasis en el apoyo matricial ambulatorio, internación abreviada y estabilización ante la urgencia y emergencia, cirugía no invasiva ambulatoria y hospital de día.**Los efectores analizados cuentan además con Residencias de Medicina General.**

En el Gran Santa Fe son seis en total (cuatro en ciudad de Santa Fe, uno en Recreo y otro en Santo Tomé).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Interrupción farmacológica hasta 12 semanas

Centros de Salud en cercanía con la población. Efectores de Salud sin Internación, actividades de promoción de la salud, prevención, y atención de patologías frecuentes y de baja complejidad. En el Gran Santa Fe son 76 en total (51 en ciudad de Santa Fe, 16 en Santo Tomé-Sauce Viejo, 6 en Recreo y zona de influencia, 3 en Rincón-Arroyo Leyes).

Fuente: elaboración propia a partir de datos tomados de https://www.santafe.gob.ar/maparecursos/

La cantidad de efectores es inversamente proporcional a su nivel de complejidad. Su capacidad para resolver situaciones vinculadas a la ILE varía

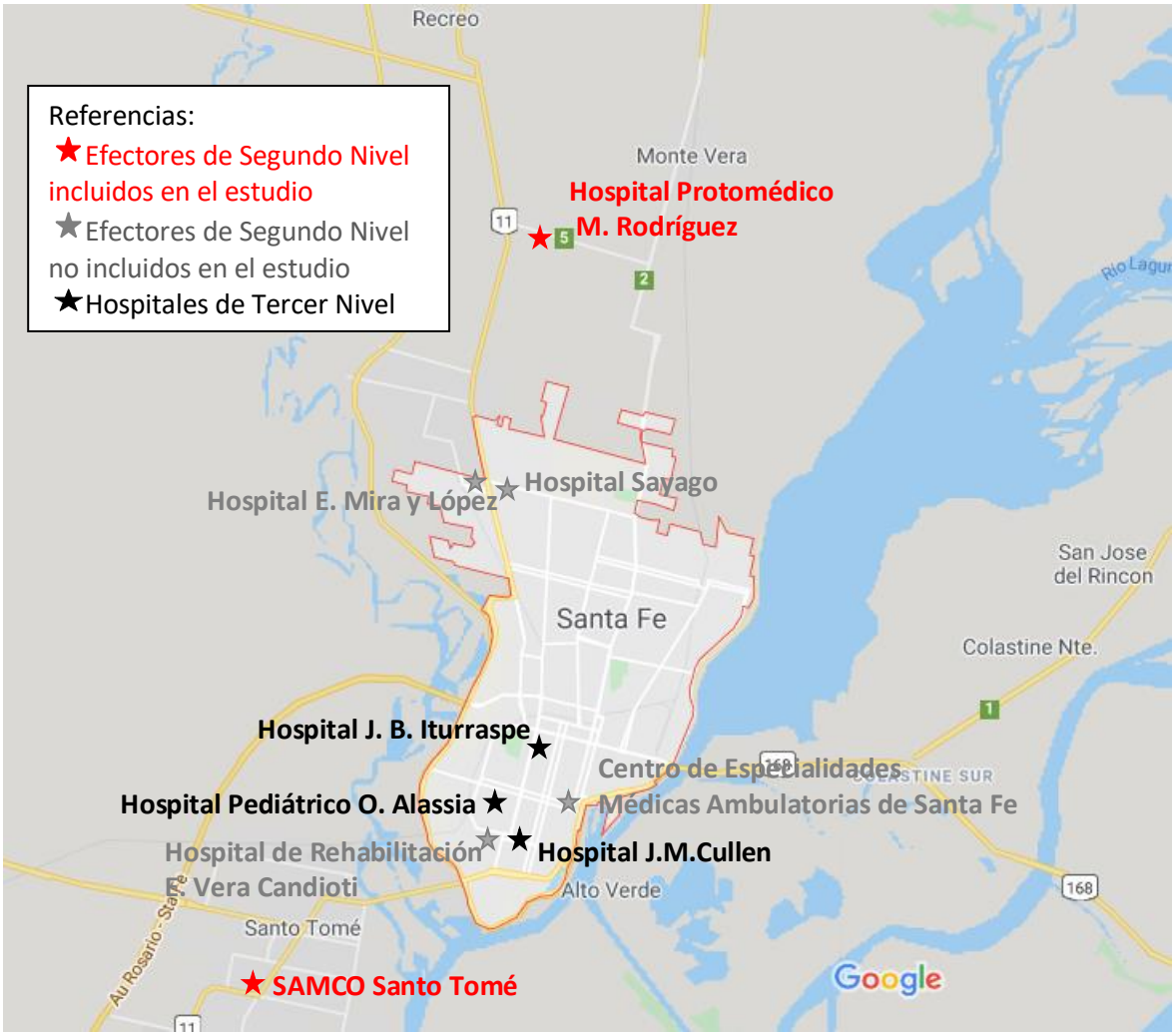
en función de esta complejidad, debido a los recursos con que cuentan (Fig. 2). Los efectores de primer nivel (centros de salud) son 76; debido a sus escasos recursos técnicos y a su mayor proximidad a la población, tienen condiciones para realizar interrupciones de manera ambulatoria hasta las 12 semanas (OMS, 2012)[22]. Los efectores de segundo nivel son seis (cuatro hospitales generales, uno de rehabilitación, y un centro de especialidades médicas ambulatorias); y son tres los de tercer nivel (uno de ellos, pediátrico); todos ellos(Fig. 3) constituyen enclaves estratégicos para la provisión de la práctica, en un sentido técnico pero también político.

La importancia técnica de los hospitales (segundo y tercer nivel) radica en que en ellos hay servicios de Diagnóstico por Imágenes, de Laboratorio, y de Farmacia, y cuentan con espacio para internación y especialidades médicas. Todos tienen, en teoría, capacidad técnica para proveer ILE tanto en internación como de modo ambulatorio -con la sola excepción del centro de especialidades médicas ambulatorias, que desde diciembre del 2017 provee ILE mediante AMEU pero no tiene espacios para internación. Por otra parte, su relevancia política se debe a que varios de ellos son ámbitos de formación profesional en especialidades médicas, psicología, trabajo social, y enfermería; y en que todos –a excepción del CEMAFe- tienen espacios activos de culto católico[23]. Además, uno de los hospitales de tercer nivel es centro de referencia provincial en gineco-obstetricia (Hospital J.B. Iturraspe).

[22] https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/

[23]En todos hay una capilla donde se imparte misa, o al menos un oratorio de esta religión en el efector.

Fig. 3: **Localización de los EFECTORES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL del Gran Santa Fe, a agosto de 2019**



Fuente: elaboración propia

2. Peripecias de la entrada en las instituciones: lo esperable, lo inesperado, y lo posible

La población a relevar inicialmente estaba compuesta por integrantes de los planteles de primer y segundo nivel, divididos en dos grupos de interés: quienes realizan ILE, y quienes rechazan su implementación. La presente investigación

estaba prevista para ser desarrollada con cada uno de esos grupos, a través de grupos focales narrativos. Además, se implementarían entrevistas semiestructuradas a funcionarixs políticos territoriales[24].

A fin de poder ingresar formalmente en las instituciones y contar con una nutrida participación, se solicitó el apoyo formal de las autoridades ministeriales, así como el de la coordinación política territorial y la dirección de los efectores de segundo nivel. La primera nos otorgó rápidamente el aval por escrito, y las dos últimas se comprometieron verbalmente a facilitar el ingreso. Sin embargo, antes de poder concretar la entrada en terreno, el respaldo ministerial fue retirado "por orden de la autoridad inmediata"; lo cual modificó la predisposición de lxs funcionarixs locales y obligó a modificar el plan original.

A causa de esos obstáculos, decidimos focalizarnos sólo en integrantes de planteles de efectores hospitalarios de los cuales nos constaba (a partir de su posicionamiento público y de nuestra experiencia activista) que venían acompañando la práctica sostenidamente. Para ello recurrimos a un muestreo por conveniencia, invitando a equipos que realizan ILE de hospitales del Gran Santa Fe, de manera continua desde el año 2015. Si bien estos se mostraron ampliamente predispuestos a participar, también les ofrecimos un modesto reconocimiento monetario para cubrir traslado y tiempo dedicado, ya que las entrevistas se realizarían por fuera del efector y/o del horario laboral; este dinero sólo fue aceptado por dos participantes.

Asimismo, a fin de tener un contrapunto con la perspectiva de quienes no realizaban la práctica, se invitó también a participar del estudio a personas

[24] Se preveían cuatro grupos de interés -stakeholders (dos de objetores y dos de no objetores) de aproximadamente 12 personas cada uno. Para integrar los grupos focales, se convocaría a partir de la estrategia "bola de nieve", a integrantes del equipo de salud que por su tarea puedan tener alguna intervención directa en la práctica de ILE-ya sea en el asesoramiento previo, en el suministro del tratamiento, o en el seguimiento posterior (personal de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, farmacia, ecografía). Procurando respetar la diversidad etaria, de género, profesional, y de antigüedad laboral de los planteles de cada efector. Asimismo, se planificó una entrevista en profundidad con un/a informante clave -la coordinación política del área a la cual pertenecen los efectores seleccionados-; este sería además el punto de partida para la selección de efectores y revisión de la guía de preguntas.

opuestas a la ILE que trabajaban en otros efectores. A partir de los datos facilitados por informantes clave (trabajadorxs de salud y activistas), se convocó telefónicamente a tres personas del primer nivel de atención, y -mediante un correo formal- a los Comités de Docencia de los dos hospitales locales de tercer nivel. Las primeras, si bien en un principio aceptaron participar y acordamos coordinar un encuentro, posteriormente no respondieron más las llamadas. En el caso de los Comités de Docencia, sólo tuvimos la respuesta formal de uno de ellos, que rechazó la invitación a participar del estudio *"debido a las consecuencias que han originado y que aún se están tratando internamente respecto de la interrupción de los embarazos"* (sin mencionar cuáles), agregando que *"por el momento, se prefiere conservar esa información para decisiones y soluciones internas y estar preparados con el compromiso y seriedad que corresponde para nuestros pacientes"*.

Como se menciona en el Capítulo 2, también se solicitó información de tipo cuantitativo a Sala de Situación del MSP, para definir los efectores a incluir en la investigación a partir del incremento y sostenimiento en la atención de la ILE durante el período 2012-2017. Sin embargo, sólo obtuvimos un informe que ya estaba en circulación, sin utilidad para convocar a lxs participantes ni sacar conclusiones con relación al acompañamiento en otros espacios ya que no desagregaba los datos por efector ni localidad. Por ese motivo, decidimos seleccionar a los efectores en base a nuestro conocimiento desde el activismo, de quienes venían acompañando estas situaciones de modo sostenido desde el sistema público de salud.

3. Características de lxs participantes

A los fines de esta investigación, se convocó mediante un muestreo por conveniencia a equipos de dos hospitales de segundo nivel de localidades periféricas del Gran Santa Fe, que realizan ILE tanto de modo ambulatorio

como en internación de manera sostenida desde el año 2015. La muestra es altamente representativa, ya que estuvo constituida por el total de los efectores del Gran Santa Fe con esas características.

Los hospitales seleccionados comparten algunas características con otros de similar categoría: tienen mayor proximidad geográfica con la población que atienden; cuentan con más recursos técnico-profesionales que los centros de salud (guardia permanente, especialidades por consultorio externo, servicios de diagnóstico por imágenes y laboratorio, internación en sala general y quirófano para cirugías programadas de mediana y baja complejidad). Ambos se referencian a los dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de Santa Fe, si bien la distancia representa aproximadamente 30 minutos de traslado (en la Figura 2 se señala su distribución geográfica). A diferencia de otros efectores similares, tanto en Santo Tomé como en Recreo hay residencias de medicina general cuyas prácticas formativas y asistenciales están articuladas con distintos centros de salud de la región.

Lxs participantes se seleccionaron en base a su actuación directa en la provisión de la práctica, ya sea esta de modo ambulatorio o en internación (Tabla 1). Algunxs tenían además roles jerárquicos en la institución, ya sea al frente de un servicio (Guardia, Internación, Trabajo Social, Consultorio donde se atendía ILE), de la residencia (en ambos), o del efector. En la formación de los grupos se procuró incluir diversas especialidades; si bien esto, en última instancia, quedó supeditado a la participación en la práctica y a las condiciones en que se llevó a cabo la investigación.

Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, tuvieron una duración de entre una hora y media y dos horas, y se efectuaron entre enero y noviembre de 2018. El grupo de Santo Tomé fue invitado por la investigadora y entrevistado en dos duplas: una de ellas en una institución de salud, y la otra en el domicilio de la investigadora; cada dupla se entrevistó una sola vez. El equipo del hospital de Recreo fue convocado a través del director (que también

participó de los encuentros); aquí se desarrolló un grupo focal narrativo cuyos dos encuentros se realizaron en la misma institución.

Tabla 1: **Características de las personas entrevistadas en los hospitales de Santo Tomé y Recreo**

Código	**Formación y especialidad**	**Edad**	**Género**	**Antigüedad en la institución**	**Rol jerárquico**	**Grupo**
M1	Medicina- MGF	45	Mujer	10 años	No	**Santo Tomé**
M2	Medicina- MGF	35	Mujer	5 años	No	
M3	Medicina- MGF	34	Mujer	5 años	Sí	
T1	Trabajo social	35	Mujer	7 años	No	
M3	*Medicina- MGF*	*48*	*Varón*	*8 años*	*Sí*	**Re-creo**
M4	*Medicina- MGF*	*44*	*Varón*	*16 años*	*Sí*	
M5	Medicina- MGF	28	Mujer	4 años	Sí	
M6	Medicina- clínica	35	Mujer	4 años	Sí	
T2	*Trabajo social*	*34*	*Mujer*	*4 años*	*No*	
E	*Enfermería*	*33*	*Mujer*	*6 años*	*No*	

MGF: Medicina General y Familiar
Rol jerárquico: se refiere a la jefatura del efector, área o servicio.
Fuente: elaboración propia

Los aspectos éticos de la investigación fueron evaluados y aprobados por el Comité de Bioética del Instituto Juan Lazarte. Al principio de cada encuentro, se explicó a las participantes en qué consistía el estudio, solicitando su aval para el registro fonográfico y ofreciendo confidencialidad tanto de sus respuestas como de la institución en la cual se desempeñan. Se les facilitó un formulario de consentimiento informado para que expliciten su acuerdo con los términos de la investigación (se adjunta modelo en anexo 2).

4. Materiales y métodos para la recolección y presentación de los datos

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario que indagar los temas más relevantes. La información se recabó mediante un grupo focal narrativo y dos entrevistas en duplas, y se elaboró como una narrativa, utilizando la técnica de “patchwork”.

4.1. Material

Para la recolección de la información utilizamos una guía compuesta por preguntas abiertas (en Anexo), construida en base a la lectura de la teoría sobre implementación. Esta hoja de ruta no pretendía ser una secuencia rígida, sino servir de orientación para no dejar pasar temas considerados de interés. La Guía se encuentra disponible en el Anexo.

En las entrevistas, el guion no siguió un modo preestablecido, sino que optamos más bien por una *escucha narrativizante* (Onocko-Campos, 2011:1278) dejando fluir el diálogo sin interrumpirlo, para posibilitar una diversidad de explicaciones y argumentos divergentes. De este modo construimos *relatos modulados* (Biglia y Bonet-Martí 2009: 18) por la investigadora, en interacción con las formas de narrar del grupo, regresando a nuestra guía sólo en caso de detención del flujo de conversación.

El cuestionario nos permitió encuadrar la conversación, pero a la vez fue una herramienta flexible. De modo que, si bien el punto de partida de los relatos fueron los mismos aspectos, cada uno fue diferente en cuanto a la manera en que se fue estructurando, de acuerdo con la forma de responder de cada grupo (Freidin, 2016). Por caso, mientras en Recreo las respuestas siguieron más o menos el orden propuesto por las preguntas, una de las duplas de Santo Tomé optó por un relato abierto -quedando a cuenta de la entrevistadora la constatación de que todos los temas hubieran sido abordados.

4.2. Estrategias metodológicas para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se trabajó a través de un grupo focal narrativo, y dos entrevistas en duplas.

La metodología de “grupos focales narrativos” / GFN (Miranda, L. et al.; 2008. Campos y Pereira Furtado; 2008. Onocko-Campos, 2008; 2011) propone una metodología participativa de tipo pluralista que combina los grupos focales con los círculos hermenéuticos. Esta se inscribe en la línea de la investigación-acción, ya que al ser participativa también es esperable que genere en las/os participantes un incremento de la comprensión del problema y de la autonomía para actuar sobre él. Su finalidad es recuperar narrativas -y no descripciones- de la situación a evaluar, mediadoras entre la experiencia y la acción política; procurando generar un efecto político que “rompe con la dicotomía discurso-práctica, donde el individuo se transforma en actor/agente de la historia” (Onocko-Campos, 2008: 1094).

El desarrollo de los GFN comprende dos etapas mediadas por la construcción de una narrativa. En una primera etapa se recaba información en grupos focales, incorporando luego una “mirada narrativizante” a los principales núcleos argumentales generados en los debates. Con el fin de generar nuevos argumentos, “historias (aún) no narradas” (Ricoeur, citado por Onocko-Campos, 2008: 1092) pero insertas en una praxis social. En una segunda etapa, las narrativas son revisadas con las/os participantes originales –que las interpretan y legitiman, procurando una comprensión ampliada del tema (proceso hermenéutico). En esta segunda etapa se conjugan el análisis y la interpretación de los datos desde una mirada crítica para la construcción de nuevos sentidos. No se pretende generar un consenso sino densificar la narrativa, saliendo de la mera descripción para ingresar al plano de la acción: revisando, debatiendo, interrogándose, e identificando convergencias y desacuerdos. Se construye así una segunda narrativa (meta-narrativa), que será contrastada con la primera, y de la cual se desprenderán categorías para el análisis.

En cuanto a las entrevistas en duplas, elegimos esta configuración ya que nos interesaba recuperar una experiencia común en relación al objeto de estudio. Dadas las posibilidades del campo, elegimos esta modalidad ya que, a semejanza del grupo triangular (Ruiz Ruiz 2012. Conde, 2008), nos daba varias ventajas sobre la entrevista individual. Por un lado, nos permitía desestabilizar tanto el "yo" narrativo de la entrevista como el "nosotros" representativo del grupo focal, generando una categoría discursiva más inestable (Ruiz Ruiz 2012, p 143). Pero a la vez propiciaba un "nosotros" que emergía del diálogo y la co-construcción de respuestas (Ruiz Ruiz2012:162). Este tipo de entrevista posibilitó un espacio de producción discursiva *transicional* (Conde, 2008) similar al del grupo triangular (Ruiz Ruiz 2012;Conde, 2008): "una forma específica de producir los discursos a partir de las tensiones entre los ´yos´ interiores como sujetos que hablan y un ´los otros´ exterior al grupo como sujetos de la acción o situación" (Conde, 2008, cita por Ruiz Ruiz 2012: 143).

Durante todos los encuentros se tomó registro fonográfico del material, con la autorización de lxs participantes. Para el segundo encuentro de Recreo, se les proveyó a todxs lxs participantes de una copia de la narrativa elaborada a partir del material recabado en el primero; se les facilitó el tiempo para leerla, y se fue revisando con ellxs para la construcción de la segunda narrativa.

4.3. Estrategias para la presentación de los datos

Las respuestas de los grupos pertenecientes a cada efector se organizaron en categorías inductivas. Siguiendo la propuesta de Biglia y Bonet-Martí (2009), el material se ordenó de manera encadenada "sin mantener la diferenciación entre las respuestas (…) para subrayar la continuidad del discurso y difuminar la importancia de la individualidad que lo pronunció" (Biglia y Bonet-Martí, 2009: 12). Las autoras han comparado a esta técnica con el *patchwork* (Biglia& Bonet-Martí, 2009: 11) , ya que

> *"permite crear una narrativa ´ficcional´, que puede configurarse como expresión de un conocimiento colectivo. Además, la uniformidad que asume la narrativa, facilita fijar la atención en el discurso en lugar de hacer interpretaciones sobre los sujetos individuales que las han realizado. De esta manera, se reduce el efecto de representación de los sujetos típico de las investigaciones sociales."* (Biglia& Bonet-Martí, 2009: 11).

Las expresiones de todxs lxs participantes se trataron como una sola voz, es decir: sin particularizarlas, utilizando en plural las aseveraciones individuales relacionadas con temas generales. La primera persona se reservó para las experiencias vinculadas con aspectos claramente personales; en este caso, se menciona al/la enunciante. Para resaltar las transcripciones textuales se utilizan cursivas y comillas, siendo el resto aclaraciones de la autora a partir de lo mencionado por las participantes.

A través de un proceso de *textualización* (Biglia y Bonet-Martí, 2009: 19) ordenamos el material perteneciente a cada categoría para posibilitar su legibilidad, procurando además reconstruir el sentido de nuestras informantes. Este proceso consistió en:

-excluir las preguntas de la entrevistadora, integrando preguntas y respuestas en un mismo texto;

-establecer en el relato un orden temporal;

-reconstruir los acontecimientos;

-destacar los hechos que por el tono y el contexto fueran más significativos para las participantes; y

-organizar con estos elementos, un texto que reflejara estos discursos en forma legible y verosímil (registro, estructura gramatical y estilo).

La narrativa de Recreo fue revisada y reelaborada en el segundo encuentro. Mientras que la de Santo Tomé, reconstruida a partir de las dos entrevistas en duplas, no fue evaluada posteriormente con las entrevistadas.

5. Validez y triangulación de la información

El muestreo por conveniencia generó una muestra altamente representativa de la situación a indagar, ya que incluía a las personas más comprometidas en el acceso a la práctica, en los únicos dos hospitales donde esta se viene garantizando desde hace más de dos años. Personas que "se conocían, trabajaban juntas y se sentían identificadas con el servicio" (Gondim, 2002, citada por Miranda L et al, 2005: 39).

Sin embargo, la familiaridad entre lxs participantes y entre estxs y la investigadora, también implicaba el riesgo de "reproducir [los] acuerdos tácitos sobre lo que decir y no decir, que rigen sus interacciones cotidianamente" (ibídem: 39). Principalmente en el grupo focal, donde podría generar una dificultad para interpelar relaciones de poder ya establecidas. Algo similar ocurría con la pertenencia laboral de la investigadora (área ministerial que impulsó esta política).

Por estos motivos, con la finalidad de incrementar la validez de la información, se recurrió a dos tipos de triangulación (Benavides, MO; Gómez Restrepo, C; 2005. Onocko-Campos, R; 2011):

-triangulación mediante diferentes técnicas de colecta de datos (grupo focal narrativo, y grupo focal triangular);

-triangulación de datos, mediante: indagación de grupos pertenecientes a efectores de dos localidades diferentes y la repetición de la técnica de colecta de datos (en las dos duplas de Santo Tomé); en el caso del hospital de Recreo, también mediante la revisión del material elaborado con los sujetos de la investigación

CAPITULO VI: LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE RECREO

En el hospital de Recreo, la implementación de la ILE estuvo alineada con la de otras políticas de estado orientadas a abordar las desigualdades e inequidades determinadas por el género. Esto constituye una transformación de un Estado que "*tradicionalmente ha sido patriarcal y machista".* El avance en materia de género a nivel de las políticas públicas es

> *"un proceso que, si bien se ha dado a nivel nacional durante la última década, en la provincia de Santa Fe –a diferencia de lo que ocurre en otras provincias- se viene promoviendo y desarrollando de manera transversal a todos los órdenes del Estado".*

La incorporación de la perspectiva de género en las prácticas en salud, ha posibilitado *"un abordaje más integral, considerando a las personas como sujetos de derecho y respetando estos derechos más allá de lo que piensa cada trabajador de salud"*. La decisión de promover el acceso a la ILE se relaciona con el avance de esa perspectiva en la comprensión de la Salud: "*´Derecho a la Salud´ es una frase que tiene muchas connotaciones, pero el acompañamiento de las mujeres en esta situación aporta justamente al derecho a la salud".* A nivel institucional, la implementación de la ILE se entrama en un histórico posicionamiento "*en la garantía de derechos reproductivos en términos operativos"*, de lo cual dan cuenta sobre todo quienes llevan más de diez años de trabajo aquí.

Sin embargo, este proceso se percibe como "*algo que está naciendo, se está haciendo, se está gestando y vamos en esa línea; pero cuesta romper con esas cuestiones culturales y, aunque inconscientemente, se traslada muchas veces directamente en la atención".* En el caso de la ILE, estas concepciones culturales "*se relacionan con temas muy sensibles de la sociedad o en lo personal: la religión, anticoncepción, la vida, la muerte, cuestiones que generan*

angustia; y hay fuerzas que no están de acuerdo y que en algún momento procuran obstruir el proceso".

1. Historizando los "monstruos": la incorporación del enfoque de género y la atención de la ILE en el contexto local

El hospital de Recreo ha sido pionero en la región en la provisión de métodos anticonceptivos, que aquí se ofrecían "*más de diez años antes de que se sancionara la ley de Salud Reproductiva"*(Nº 11888/2003). En el caso del DIU[25] , "*hasta hace diez años, este era prácticamente el único lugar público en que se colocaban".*

En estas conquistas tuvieron un rol crucial, más que las decisiones del gobierno, las personas y sus pertenencias. Fundamentalmente, la presencia institucional de activistas trabajando en red con espacios y referentes nacionales de la militancia feminista y de los derechos reproductivos y sexuales. Algunas de ellas, vinculadas a la educación popular, capacitaron al personal de la institución durante los años ´90; posteriormente se sumaron otras con experiencia en el desarrollo de políticas específicas para la Reducción de Riesgos y Daños, que facilitaron la comprensión de esta perspectiva aplicada a la ILE.

También fueron importantes las responsables del sector de compras y de la cooperadora, que hace 20 años se ocupaban de adquirir los métodos anticonceptivos en la Asociación Argentina de Planificación Familiar, donde se conseguían a muy bajo precio. Por lo que incluso antes de su legitimación formal, ya había experiencia en el abastecimiento y distribución de insumos no

[25] La colocación de DIU en Centros de Salud por parte de médicxs generalistas implicó una gran batalla legal y simbólica contra la corporación de ginecología que monopolizaba –y lucraba con- la práctica en los efectores privados.

suministrados por el sistema público de salud. Hoy día, estas personas se encargan de la adquisición de misoprostol, un proceso bastante complejo ya que implica varios engranajes administrativos.

Por su parte, la residencia de medicina general aportó conocimientos sobre prácticas innovadoras –como "*poner una caja de preservativos en sala de espera, que era ´el boom´ de ese momento"*- adquiridos en ámbitos como congresos y jornadas a partir del intercambio con otrxs residentes.

En este sentido, el desarrollo de esas políticas "*no fue algo que vino desde arriba y se bajó, sino un ´ida y vuelta´"*: también la demanda de la población hizo visibles estas problemáticas y generó la necesidad de seguir avanzando. Fueron los reclamos de las organizaciones feministas los que finalmente instalaron esos temas en agenda "*a pesar de que en ocasiones fueran duros o molestos para algunas personas".* La ley de Salud Reproductiva, por ejemplo, "*básicamente fue impuesta por las organizaciones de mujeres, y permitió que existiera una partida presupuestaria"* para los anticonceptivos.

Dichos reclamos funcionaron como legitimador tanto de las transformaciones normativas como de las operativas: si bien estos procesos han sido resistidos, "*cuando ya no hay mucha vuelta atrás y están encaminados, vamos todos acompañándolo".* Los avances en el acceso a la ILE se perciben enmarcados en esta progresiva incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud sexual:

> *"En los ´90 las prácticas anticonceptivas no eran problemas de salud pública, no había. Era: ´querida, si tenés ganas, aguantáte si no querés tener hijos. Reprimí el deseo si no querés tener hijos´; en el saber popular como que eso era así: ´bancate el hijo´. Después llegamos a los años ´90: la gente que pensaba en género, en la mujer, llevó hacia arriba las demandas, a las prácticas de anticoncepción, del abordaje de la anticoncepción. Entonces ahora todos hablamos de eso como algo obvio y común, pero no lo era hace 25 años. Hoy hay gente que no tiene*

problemas con respecto a las prácticas anticonceptivas, pero sí con ILE. Hoy ILE es el monstruo de la sociedad en algún sentido, pero es progresivo; en ese momento las prácticas anticonceptivas eran el monstruo, era: ´no, aguantá el deseo´".

1.1. La decisión de implementar el acceso a la ILE: "*poner en evidencia a la salud pública"*

En este efector, la ILE se instala como tal en la agenda de este efector hace 3-4 años; sin embargo, antes del 2014se venía dando respuesta de manera esporádica a algunas solicitudes de interrupción de la gestación. En la implementación de la ILE fue fundamental la predisposición del actual director ("*un ícono/ hijo de esta historia, de este hospital*"[26]), que respaldó a quienes estaban motivadxs para abordar estas situaciones: "*si la dirección o las partes que toman las decisiones no acompañaran, sería muy difícil trabajar la temática como profesionales o trabajadores, por así decirlo, ´solos´ dentro del hospital".* El posicionamiento de las autoridades "*permitió que a nivel de esta institución se comenzara a tomarla más abiertamente. Se empieza a poner en evidencia a la salud pública; se hace visible que dentro del efector hay gente que rechaza este tema, mientras otras personas ya lo venían abordando."*

La implementación de la ILE representó desafíos similares a los de otras políticas de salud[27], en el sentido de que también exigió reorganizar procesos de atención para dar respuesta a situaciones que en la mayoría de los efectores se evade. La experiencia demuestra que el acompañamiento de situaciones que *"son tabú"* en la sociedad, genera una sobrecarga de trabajo debida a la falta de respuesta en otros ámbitos:

[26] El actual director se formó en una de las primeras cohortes de residentes de MGF de este hospital.
[27] Como las de salud mental, que requerían la internación de en el hospital general

"*Cada vez que uno encara un problema nuevo de atención con características como éstas, hay rechazo de parte de otros efectores a abordarlo por ciertos tabúes. Son problemáticos, son complejos de abordar, se abren puertas que te generan un aumento en la demanda. Cuando abrimos las puertas hace muchos años para internar etilismo, nos vimos desbordados por la demanda de pacientes en esa condición; cuando se abrió la puerta para salud mental, de nuevo. Es como ´podés mandarlo al Protomédico porque también atiende eso´ y también hay una alta demanda. En el 2003 era ese el problema, y la ley lo complejizó aún más ya que con su sanción se generó el rechazo: ¿qué hacer?; ¿cómo lo vamos a dejar?; pero…si se pone loco ¿quién va a ir a atenderlo? Ahora pasa con ILE: la gente del hospital que aborda este problema atiende casos de toda la ciudad, de ciudades aledañas, de provincias aledañas".*

Esto ha interpelado los límites tanto del equipo como de la institución, fundamentalmente debido a la sobrecarga de trabajo y las resistencias del personal ante la novedad[28]:

"Todo lo que genera que acá ´esté todo bien´: todo lo que genera no solamente para nosotros, internamente. ¿Cuál es nuestro límite?, ¿tomamos todo, o no, en esto de querer siempre dar respuesta? ¿Hasta dónde podemos acompañar, cómo lo haremos, cuánto vamos a internar? Hay un montón de otras cuestiones que tienen que ver con un espacio físico: la sala de internación es chica y se atiende un montón de otras situaciones de salud, eso hace que por ahí no sabés qué priorizar en cuanto al tema de internación. Hoy día estamos en trabajo de marcar un poco los límites y decir: ´bueno, no somos centro de referencia de ILE, centro de referencia provincial: hay otras instituciones´".

[28]En este sentido, les participantes comparan la política de acceso a la ILE con la atención en el hospital general de pacientes alcohólicos, en épocas previas a la aprobación de la Ley de Salud Mental: "´´".

Sumado a esto, el ser el único efector a nivel regional en que se realiza la práctica, ha generado y promovido la difusión del estigma*: "en Recreo se habla del hospital de esa manera: ´el hospital abortero´; lo oís en todos lados, en el supermercado, en donde sea. Vas a una ferretería en Santa Fe y te dicen: ´ahí hacen abortos´".* Sin embargo, el malestar que genera este rótulo *"es mínimo";* muchas veces utilizado *"incluso por personas con que nos conocemos hace mucho tiempo";* a él responden en base a un discurso racional basado en el conocimiento científico y en el marco legal.

1.2. Atravesar la experiencia: el acompañamiento de la ILE, de lo institucional a lo subjetivo

Para quienes llevan más tiempo trabajando en salud, el impacto subjetivo asociado a la práctica ha estado vinculado a la atención de abortos gravemente complicados, generalmente en personas humildes y como consecuencia de procedimientos inseguros. El malestar que generaban estas situaciones, se incrementaba ante la obligación de denunciarlas –"*algo que, por supuesto, no hacía casi nadie, ni siquiera quienes estaban en contra del aborto"*-, establecida en una circular del ministro de salud Fernando Bondesío, en el 2003. También fue importante el malestar que generó un hecho paradigmático como la tortura y muerte, en un hospital público, de Ana María Acevedo:"*nos sensibilizó por su dureza; estábamos todos pendientes de qué pasaba, de sus familiares; nos enterábamos que a los padres, que eran gente muy humilde y la estaban acompañando, les negaban la comida en el hospital".* Por estos motivos, el respaldo para abordar este tema abiertamente generó

> *"desde lo subjetivo, emoción y apoyo. Fue muy gratificante el momento en que el ministerio adhiere al protocolo inicial, que fue en el 2011? 2009, con Miguel Ángel Cappiello. Él planteó 'el que tenga dudas sobre esto, está invitado a retirarse'. Para nosotros eso fue escuchar música en los oídos. Obviamente que se rompió el silencio en un aplauso ahí adentro*

del ministerio. Dice 'bueno, por primera vez la provincia de Santa Fe, formalmente, adhiere a este inicio', porque era inicio del protocolo de Nación sobre ILE".

La mirada en perspectiva de este proceso las lleva a considerar que:

"*Hemos sido actores de momentos históricos, de un proceso que por sobre todas las cosas es contrahegemónico. Porque justamente la no interrupción legal del embarazo estuvo siempre sustentada por la hegemonía médica, el poder despótico, la violación de los derechos de las mujeres; donde siempre los números eran en contra de las más humildes, las que no accedían por cuestiones económicas y terminaban muriendo".*

Para quienes ingresaron de manera más reciente, el impacto que tuvo la aproximación al tema estuvo vinculado a la falta de formación y las concepciones personales. La implementación de la ILE requirió, a nivel personal, un fuerte trabajo de revisión en relación con la propia mirada sobre el tema:

"deconstruir un montón de cosas que teníamos incorporadas, dejando todos nuestros ideales y prejuicios por fuera, y empezar a trabajar de otra forma, centrándonos en la paciente para poder acompañarla en el proceso como a cualquier otra persona. Y nada de juzgar ni nada, porque no estamos para eso: nuestra prioridad es el respeto hacia todas las personas".

Por otra parte, si bien las trayectorias profesionales han sido heterogéneas, el tema ha estado siempre ausente de las currículas. Quienes se formaron dentro de una lógica más biomédica (medicina y enfermería), mencionan que en la facultad *"no hablás de ILE. No hablás de aborto provocado. Aprendés ginecología, hablás de aborto completo, incompleto, y eso no se tocaba nunca*

antes. Así es como queda el tema oculto, a propósito; siempre estuvo ´pisado´, porque antes los abortos existían, ilegales, pero existían. Siempre existieron".

En trabajo social, por su parte, si bien no hay una formación específica en ILE ni en salud sexual, *"se tocan muy de cerca todas estas temáticas de garantizar derechos"*. La incorporación de esta mirada se potencia en *"los diferentes espacios en que uno participa: también ahí recibís de los mismos compañeros, colegas... uno se relaciona y comparte criterios, genera ciertos espacios de debate o de reflexión".*

Las creencias religiosas también incidieron a nivel personal y en lo social, en lo familiar, al momento de aproximarse al tema. Una de las participantes, que ingresó a la residencia recientemente, relata que el abordaje de situaciones de ILE la obligó a revisar su posicionamiento personal frente a las decisiones de las pacientes:

> *"Fue todo muy movilizador. Yo no tenía idea de la práctica de ILE, y me encuentro con eso, con que se abordaba esta situación en el hospital, y yo… fue como… llegué a mi casa y le digo ´¡mamá, no sabés!´. Fue así; mi mamá me dijo: ´no digás nada, no andés diciendo estas cosas, pero fijáte nena´. Fue toda una movilización para mí, yo hice colegio católico, soy católica, implicó mucho en mí. Una cierta carga emocional al principio, de cómo... de poder lograr no poner en juego mis ideales y que eso no afecte al paciente. Logré con el tiempo... me llevó mi primer año, y en segundo año ya logré abordar los pacientes, atenderlos. Esto de poder no poner en juego mis pensamientos en la práctica de la paciente me llevó tiempo, fue algo totalmente nuevo que me encontré acá cuando empecé el hospital".*

Por estos motivos, el abordaje del tema desde una perspectiva de género y derechos, y la seguridad al momento de asumir su atención, tuvieron que ver con el acompañamiento en el proceso de formación:*"dentro del equipo nos fuimos informando-formando: esto nos permitió aceptar abordarlo, ir conociendo*

a la par de los residentes, aprendiendo con ellos". Los espacios de capacitación tuvieron un rol clave en el involucramiento personal en la implementación de una política de acceso a la ILE. Ya que permitieron discernir los límites y obligaciones en la actuación individual:

> *"la cuestión es informarse e ir a los talleres, cursos, charlas, sea lo que sea, para tratar de informarte, porque es la única manera: con información y educación. Después ves si vas a cambiar tu opinión… pero la ley está, te tenés que informar, estás trabajando en salud, y sabemos que tenemos que acompañar. Aunque la opinión personal sea diferente, hay que acompañar".*

Esto también posibilitó superar el temor al estigma: *"el hecho de ver que todos trabajamos a la par, de manera creativa y organizándonos democráticamente, para seguir sorteando las dificultades sin estigmatización. No era que íbamos solas a hacer algo que estaba estigmatizado en el afuera".* Unx de lxs participantes menciona: *"estoy agradecida que llegué acá para poder... que me muestre esto. Fue un crecimiento personal, de abrir mucho más la cabeza. Fue con mucho esfuerzo poder lograrlo, pero bueno, estoy contenta".*

2. La construcción de acuerdos institucionales

Uno de los requisitos para la implementación de la ILE, fue la generación de acuerdos con distintos sectores dentro de la institución –algunos de ellos, férreamente opuestos a la práctica. A esto se agregaba el desconocimiento en relación con los aspectos operativos específicos: "*No está escrito todo. Está escrito sí, cuantas dosis de misoprostol, en qué forma, en cuanto a lo esperable. Pero no está escrito cómo seguir después".*

En el desarrollo del proceso de implementación, el consenso fue un pilar que posibilitó el trabajo mancomunado de sistematización. Este es considerado el

modo habitual de trabajo en la institución, facilitado además por la familiaridad entre lxs integrantes del plantel:

> "*Es una lógica de trabajo. No es lo habitual en un hospital, habitualmente en un hospital se trabaja de una manera más verticalista, más de ´se baja línea´: cada servicio encerrado en su cuestión, en su recorte de la salud. Tiene que ver también con que este hospital es más chico. En el hospital de tercer nivel son servicios que no se conocen, nosotros acá nos conocemos, nos cruzamos todos los días; nos saludamos, nos vemos, es como más familiar. Y hay una lógica de trabajo que es así, una lógica diferente, en equipos interdisciplinarios y por consenso. Se respira eso, se habla eso, hay una interacción interhumana que generalmente apoya, avala, facilita eso. Después cada sector, trabaja y consensua algo al interior".*

Ante posiciones divergentes, *"el paso siguiente es el diálogo, el consenso, y la solución del conflicto en función de consenso".* La decisión unilateral es el último recurso y está reservada a la jerarquía formal, representada por las autoridades del efector o del servicio. Sin embargo, su participación habitualmente "*no tiene que ver con la toma de decisiones*", sino que se recurre a ella excepcionalmente, ante la disparidad de criterios; "*cuando hay conflictos que nos desbordan, para que estén al tanto de la situación, pero también con la intención de trabajarlo en equipo".* En ese sentido, el conflicto es considerado positivamente, como

> "*una herramienta de aprendizaje y la base del trabajo interdisciplinario. Cuando vos trabajas en equipo, la lógica es de compartir opiniones. El conflicto es positivo porque tiene que ver con el movimiento, quiere decir que hay preocupaciones y también ocupaciones sobre el tema. Cuando hay conflictos es cuando más participación hay; nos unimos y nos reunimos, nos encontramos; es algo que abre, moviliza a interesarse más todavía. En general no hay ´blancos y negros´ porque eso implicaría*

que: ´yo no estaba de acuerdo y como vos lo decidiste igual, bueno, lo vamos a hacer, pero si pasa algo, ojo que fue tú decisión! En este equipo nunca pasa eso.".

Ante la persistencia de diferencias insalvables mediante el diálogo, se procura evitar la confrontación abierta como modo de gestionar el conflicto:

"*no hace a nuestro modo de trabajo*. *Nosotros no vamos a entrar en guerra con nadie, no es nuestra forma. Del conflicto, de la oposición, se sientan posiciones: si no hay acuerdo, no vamos a ir a una confrontación abierta de mi postura sobre la tuya; llegamos a algún acuerdo de no agresión. Vos no estás de acuerdo, bueno, nosotros vamos a seguir adelante con esto a pesar de que vos no estés de acuerdo, no te vamos a participar de esto".*

En este acuerdo de no agresión, se procura preservar tanto el proceso de atención como las relaciones interpersonales:

"con aquellos que no están de acuerdo, directamente ni se habla de este tema -salvo que haya cuestiones que los involucren, porque no los exime de orientar sobre el servicio de salud. Se prioriza que no sean actores de esto, protagonistas; pero que cumplan su rol en el hospital. Tratamos de mantenerlos al margen para no generar conflicto, porque después son compañeros; seguimos trabajando, no nos son indiferentes".

Las resistencias a la implementación de la práctica, en parte fueron sorteadas a partir de las discusiones, las capacitaciones, y la implementación de la objeción de conciencia, y en parte se cristalizaron en conflictos en diferentes áreas, como enfermería, laboratorio, y residencia.

2.1. "*Discusiones bien":* preservando el derecho a la salud

En el proceso de implementación del acceso a la ILE, con algunos sectores que inicialmente estaban en desacuerdo, fue posible generar consensos de manera más expeditiva. Esto se dio por ejemplo con las personas que integran el Consejo Administrativo y forman parte del circuito de compra de insumos necesarios para realizar la ILE en internación.

> "*Con ellos hemos tenido discusiones, pero ´discusiones bien´: obviamente no les cambió la forma de parecer y si bien ambas partes mantuvimos una postura diferenciada, esto pasó a un nivel de conflictividad casi nula. No significa que no hablemos de este tema, porque nos involucra: hay que firmar las gestiones de compra, a veces no estamos todos y esos formularios se habilitan con tres firmas. Entonces, por más que quien queda esté en desacuerdo, tiene que firmarlo: eso también es acompañar a la política".*

Con la mayoría de estas personas, los espacios de capacitación posibilitaron despejar dudas en pos de legitimar la práctica y generar acuerdos de trabajo conjunto más allá del posicionamiento individual:

> "*Hubo muchos talleres, reuniones donde leíamos el código, donde nos informábamos más y estimulábamos a la búsqueda. Se hacían para poner en discusión esta temática, para dar a conocer que la interrupción legal del embarazo se realizaba en el hospital y que cada sector esté informado. Progresivamente fueron entrelazándose las voluntades y se pudo consensuar un trabajo en equipo. Esto nos dio seguridad, más allá de ser o no objetor: nos dio la seguridad de saber que se hace esto en la institución donde trabajamos, y que si podemos no acompañar en este sentido, tampoco tenemos que obstruir".*

El hecho de "ponerse a disposición" marca la diferencia entre quienes obstruyen el proceso, y quienes respetan los acuerdos y garantizan el derecho a la salud: "*esto implicó una maduración democrática: entender que no podemos forzar al*

otro, no podemos ponernos en contra de que el hospital esté en el proceso de brindar este servicio ´porque yo no lo haría´. Muchos capaz no están a favor, pero si viene una paciente se lo hacen".

2.2. La objeción de conciencia en la gestión de las discrepancias

La negociación de las diferencias implicó instancias donde la posibilidad de realizar objeción de conciencia tuvo un rol destacado, ya que se presentó en principio como una herramienta que permitía formalizar el "acuerdo de no agresión", respetando ambas posturas en juego. Sin embargo, la intención de implementar esta posibilidad generó inicialmente una polarización de las posturas a nivel institucional.

> "S*e generó una disputa muy fuerte y conflictos donde se ponían mucho en juego los ideales de cada uno; se sabía de los bandos: el que era no-objetor y el que era objetor. Se generaban enfrentamientos ´cara a cara´ y entorpecían la atención, y nos generaban angustia porque el manejo no era totalmente en equipo. Había mucha tensión, y a quienes eran objetores y no habían firmado el formulario se los perseguía para que firmen; era muy angustiante la situación".*

Por su parte, la actitud de quienes se oponían a la práctica era *"al principio, un poco desafiante, para ver qué respuesta podíamos plantear los que no éramos objetores, y estábamos a favor de esto".*

Si bien esto fue vivido en términos de enfrentamiento, la exigencia de formalizar la objeción no tenía que ver con interpelar los motivos por los cuales alguien firmaba el formulario, sino con "*no exponer a esa persona que es objetora a una situación de ILE que no le va a ser grato pasarla. Si un médico no quiere hacer una historia clínica de una paciente que ingresa, habrá otro u otra que sí, que lo haga, entonces lo suplimos ahí".*

Finalmente, este proceso se definió en la existencia de algunxs objetorxs formales y otrxs informales (sin declaración jurada, pero opuestos a la práctica o que no la realizan).

2.2.1. La objeción en Enfermería

Actualmente, en el sector de enfermería la mayoría son objetores informales: *"no están de acuerdo con la práctica, pero todas hacen la atención".* Aquí el problema surgió principalmente en el área de internación; la resistencia se manifestaba en el maltrato verbal a las pacientes, que incluso motivó denuncias hacia algunas trabajadoras.

Sin embargo, el malestar referido por este grupo también involucraba a otros actores:

> "*la mayor dificultad fue puntualmente cuando la gente empezó a ver el feto. Quién lo veía y quién no lo veía: nadie quería ir a verlo. Fue todo un tema para médicos, enfermeros y mucamas. Al principio no teníamos inodoro portátil y las chicas iban al inodoro, hasta hay chicas que han tenido que meter la mano con una bolsa en el inodoro. Todas unas cuestiones que movilizan hasta al más comprometido. Es desagradable hasta para el tipo que está convencido de la práctica".*

Esta situación se pudo dialogar, generando acuerdos entre los distintos sectores para establecer pautas acordes a los roles y a los requerimientos de la práctica: "*qué se hace y qué no, qué tenés que constatar y qué no, hasta qué punto uno como profesional tiene que ir a ver".* La revisión conjunta de criterios clínicos y responsabilidades profesionales implicó un proceso que puso en tensión diversas lógicas que hacen al sistema de salud:

> *"Era una obligación, hasta que, bueno, se fue puliendo. Pero era una cuestión de que ¡tenías que ir a verlo! ¿Por qué? y ahí empezamos que ¿hasta dónde llegamos? ¿Hasta dónde llega el médico? ¿Hasta dónde*

llega la enfermera? ¿Es necesario ver o no? Si es una práctica que la paciente voluntariamente incluso podría hacerla en el domicilio: ¿es necesario tener que constatar? ¿O si vos le explicas, es suficiente su relato?".

Finalmente, el conflicto con enfermería se resolvió –aunque parcialmente-a partir de los conocimientos adquiridos en el manejo de estas situaciones:

"*poniendo en cada habitación un inodoro portátil con una bolsita que luego de la expulsión se elimina con los desechos patológicos. Pero no es necesario que ni médicos, ni enfermeras, ni nadie vaya a ver. Esto se decidió por consenso. Fue un aprendizaje fundado en una práctica bastante nueva, asociada a mucho tabú y desconocimiento, que llevaba a un control excesivo vinculado a no querer pasarse cosas por alto".*

El manejo de los desechos debió ser discutido también con personal de mantenimiento. Que en ese momento planteaba que le angustiaba llevar un resto fetal ya que estaba sensibilizado por la situación personal de un compañero.

"*Pudimos negociarlo con ellos, discutir en reuniones esto que muchas veces tiene más que ver con prejuicios instalados y fomentados, que con cosas concretas. Pero eso no impidió que la bolsa roja vaya a donde corresponde, que es el depósito de residuos patológicos"*.

2.2.2. La objeción en Laboratorio

En cuanto al personal de laboratorio, las dificultades para llegar a un acuerdo en pos de preservar la atención, requirieron de una intervención más verticalista:

"Existe un sector que nunca adhirió y obstaculizó en algún sentido la práctica: se lo convocó muchas veces a reuniones, se debatió,

participaron… Pero finalmente se tuvo que apelar a la dirección, por ejemplo, para que se saque un cartel que habían colocado en la Sala de Extracción. Llevó todo un proceso de hacerles entender que estaba bien, que podían ser objetores, pero que no tenían que militar dentro del hospital en función de una postura porque eso generaba en los usuarios del hospital una obstrucción del acceso a la práctica. Se les explicó que un cartel de esas características en este lugar no corresponde porque viene gente a favor y en contra, entonces las instituciones no pueden tomar partido; sí las personas, pero no las instituciones".

Por otra parte, las manifestaciones no se limitaron a la explicitación de una postura contraria a la ILE, sino que también procuraron obstaculizar la práctica denegando ciertos análisis. Esta situación requirió el apoyo de autoridades pertenecientes a otros niveles de la gestión:

"requirió incluso la intervención de un área del ministerio, especificando que las objeciones de conciencia que presentaba el laboratorio no tenían asidero ya que no participan en el proceso de interrupción. Si bien tener en cuenta un grupo sanguíneo es importante a la hora de realizar una interrupción legal, un grupo sanguíneo también puede ser pedido previo a una transfusión o en otras situaciones. Entonces, no es pertinente ponerles el rótulo de que es sólo para la ILE; pero si no lo realizan te pueden estar entorpeciendo el proceso. Eso es un riesgo administrativo para el empleado del ministerio, del estado."

A diferencia del sector de enfermería, en este ámbito las objeciones no se asociaron a una intención de definir procesos de atención o evitar la exposición subjetiva a la práctica, sino que tuvieron una finalidad política:*"hubo una confrontación, no solo de objetores, sino que hay una militancia ´provida´*[29]*, en*

[29] Nombre genérico con el cual se identifican las organizaciones laicas subvencionadas por el conservadurismo religioso, que consideran a "la" vida como un hecho meramente del orden biológico y obstaculizan activamente las políticas en materias de salud aborto.

contra de la legalización del aborto: una obstrucción. En esa militancia generaron no solo agresividad hacia los compañeros, sino también hacia los pacientes o usuarios del hospital". El objetivo político quedó en evidencia ante la participación en el conflicto de una organización subvencionada por el catolicismo conservador: "*el día antes de la ley*[30] *hicieron una movilización llamando a la institución Grávida y pusieron todo acá, en la puerta, con pancartas y todo".*

Actualmente, si bien la confrontación *"bajó unos decibeles" en forma importante*, aún persiste. De todas maneras, esto no ha impedido la convivencia a nivel laboral:

> *"hoy día nos encontramos en el patio y hablamos de cualquier otra cosa; por supuesto que de esto no, pero de cualquier otra cuestión, y hablamos normalmente. Somos compañeros, digamos. Fue una cuestión momentánea por una situación. Por lo menos han entendido que adentro del laboratorio no la cartelería y ese tipo de cosas".*

2.2.3. La objeción en Residencia

Las objeciones de lxs residentes, por su parte, si bien no generan dificultades que impidan la formación, inciden a nivel organizativo. Ya que para definir las guardias

> "*es fundamental saber quién va a poder estar acompañando, o si la paciente quiere hacer los comprimidos vía vaginal y ella no se los quiere colocar, quién puede hacerlo*. *En el caso de que el residente sea objetor, se le respeta totalmente, pero tenemos que ver si el médico de guardia puede estar acompañando a fines de asegurar la práctica para la paciente y garantizar ese derecho".*

[30] Se refiere al debate de la ley por la despenalización del aborto.

Estas objeciones se trabajan con las residentes en ámbitos de capacitación, para que conozcan las características y alcances de esta decisión *y que a partir de esto puedan tomar ellos su postura:*

3. La influencia de otras organizaciones locales

Además de la organización Grávida, otras que tuvieron mayor o menor presencia en el Inter juego de actores al momento de implementarse esta perspectiva fueron PADEL (el Patronado del Enfermo de Lepra)[31] y la iglesia católica local.

La primera es literalmente dueña de este hospital: *"Son los dueños del terreno y todavía siguen viniendo, son quienes incluso financian las obras en el hospital. Son las viejas damas de beneficencia, se manejan a otro nivel, tipo un Rotary, un Club de Leones".* Con esta organización existen diferencias ideológicas en la comprensión del sentido del trabajo en salud, ya que en PADEL se aborda "*desde la caridad -que no tiene que ver con la política, con el derecho*". Además, existen semejanzas, ya que, para ambos grupos, el posicionamiento *"siempre fue del lado de alguien socialmente desplazado. Así que también tiene su ingrediente, por más que venga desde un lugar que no compartimos, sobre una acción por los socialmente postergados, desplazados".* Esta organización, si bien tienen una representante en el Consejo de Administración del hospital, no interviene en cuestiones de política de salud ni se han manifestado en contra de la implementación de esta política, al menos de manera abierta.

[31] el hospital era antiguamente un leprosario: aaún queda un paciente de aquella época, alojado en la planta alta.

Algo muy distinto ocurrió con la iglesia católica[32], que ha utilizado su peso simbólico para obstaculizar la implementación de una política de acceso a la ILE. Dicha organización ha recurrido a diversas acciones destinadas a manipular la opinión del personal de este efector: sermones acusatorios, homilías con imágenes truculentas sobre las prácticas abortivas, peregrinaciones al hospital, y manifestaciones en oportunidad de la discusión del proyecto de ley en Senadores. Esto ha impactado particularmente entre trabajadorxs que viven en la zona-[33]: personal de enfermería, administrativo, o de mantenimiento. Sin bien la influencia negativa sobre sus feligreses generó una fuerte polarización de las posturas, "*ese tipo de cosas fue al principio y duró lo que duró la gente que se sensibilizó con eso, ya hace rato que esto no ocurre".* Actualmente, su presencia no constituye una amenaza en el trabajo cotidiano, aunque es un recordatorio de que "*la grieta existe, el conflicto está dentro de la sociedad, no de la sociedad de Recreo, de la sociedad argentina".*

4. Consultorio de Atención Integral de la Salud de la Mujer

Entre quienes trabajan en la institución, el Consultorio para el Atención Integral de la Salud de la Mujer es conocido como "Consultorio de medicina general"; ya que el espacio estuvo históricamente vinculado a la formación de residentes de Medicina General y Familiar, y por tanto fuertemente relacionado con el trabajo en el primer nivel de atención:

> *"Hace 12 años el hospital tenía un consultorio de medicina general, y un consultorio de la mujer donde se hacían controles de embarazo de bajo*

[32] La presencia irrestricta de esta organización al interior de los efectores públicos es ilustrada por las participantes, que relatan que en ocasión de un accidente que afectó a dos compañeras de trabajo, "*cuando ingresan a terapia del hospital Cullen, los primeros que entraron a verla fueron el cura y la monja, así que podés ver el poder implícito que tiene la Iglesia en todas estas instituciones".* Localmente, hay una iglesia dentro del terreno del hospital y dos capillas cercanas.

[33] Una de las integrantes del grupo menciona: "*yo tomé la comunión acá. Claro, allá donde es personal tenía catecismo y (…). Todos, los Curas, las Monjas, (estaban) ahí, al lado de la capilla."*

riesgo: se hacían actividades de anticoncepción, y se hacía atención de pacientes crónicos. Después se pasó a que sea un hospital de segundo nivel y que esas prácticas se hagan en los centros de salud, por eso no hubo más consultorio de medicina general. Ya que la formación en la residencia de medicina general apunta a que los profesionales estén en su centro comunitario y tengan su población adscripta".

Si bien en este espacio se comenzó trabajando el acceso a los métodos anticonceptivos, actualmente se suelen realizar mayormente ILEs; por esos motivos, también se lo conoce como "Consejería", y "Consultorio de ILE". Las personas gestantes llegan al consultorio a través de la guardia[34] o el servicio social; esto determina si se toma la situación o se referencia al consultorio de Salud Integral. En el caso de la guardia,

"no se hace la atención integral, pero se escucha cual es la problemática, se le suele pedir una ecografía para ir adelantando (…) y se la referencia al consultorio. Ya que los médicos de guardia no conocen la red, quiénes son los centros de salud amigables, si van a tener respuesta o no. Además, la guardia tiene muchas camas, no es un espacio para hacer la consejería".

En el consultorio de Salud Integral se atienden casos *"de toda la ciudad, de ciudades aledañas, de provincias aledañas; de pacientes que no son del área, porque en el área sí acceden a la práctica sin tener que venir al hospital".* Generalmente las personas llegan referenciadas desde otro efector o acompañadas por socorristas; también se enteran a partir de la información que circula sobre el hospital, a través del boca-a-boca, o en *recurseros*.

Se asisten aproximadamente 12 pacientes por semana, distribuidos en cuatro turnos asignados para ILE, tres días a la semana. La decisión de que los turnos sean fijos obedece a dos motivos: por un lado, estas situaciones revisten cierta

34

complejidad que exige más tiempo de dedicación. Por otro lado, quienes atienden no tienen una dedicación exclusiva a este espacio[35] sino que lo hacen durante el horario laboral, por lo que durante las dos horas que destinan al consultorio de ILE, deben ser relevados de otras tareas.

La mayoría de las ILE se realizan de modo ambulatorio y hasta las 12-13 semanas[36]. En estos casos, el consultorio opera como puerta de entrada al sistema de salud. Realizándose desde aquí el abordaje inicial y/o las gestiones necesarias para referenciar a las personas gestantes de manera personalizada al efector de primer nivel más cercano a su domicilio, si es que allí hubiera algún/a profesional que realiza la práctica: "*Llamamos a la médica: le decimos, le pedimos el turnito; le decimos a la paciente: ´tomá, este día te va a esperar tal doctora´. Algunas van con ecografía, según como venga el apuro. Y otras se las referencia y la idea es que haga la consejería y después se pida la ecografía y todo lo demás".*

Ocasionalmente, *"ya sea por las semanas, por ciertas situaciones, o porque la paciente lo decida para sentirse un poco más contenida, se decide hacer la práctica en internación*: *siempre se respeta la decisión de la mujer".* En estos casos se ofrece a la mujer la posibilidad de permanecer sola o acompañada, y de optar por una habitación individual donde cuenta con un inodoro portátil[37]:

> "*No comparte habitación con otro paciente excepto que no haya cama o que esté todo ocupado; es un tema de respetar la intimidad de ella y el respeto también hacia el paciente que está al lado. Si tiene acompañante también se le brinda comida para el acompañante y se le da una habitación que tiene dos camas. Al ingreso se le explica a la paciente*

[35] Son médicxs a cargo de la guardia, la instrucción de la residencia, o incluso de las actividades en la dirección. Una vez a la semana –o en función de la situación particular- participa también la trabajadora social

[36] El Protocolo del MSN (2015) establece la necesidad de evaluar la necesidad de internación en función de cada situación, entre las 9 y 12 semanas de edad gestacional.

[37] Hay dos inodoros portátiles, lo cual determina de alguna manera la capacidad de internación de estas situaciones.

que tiene que cerrar su bolsita y avisar una vez completada la expulsión; *la bolsa del inodoro portátil se elimina con los desechos patológicos. La atención es como cualquier otro paciente, o tal vez más ´entre algodones´, porque justamente, se sabe que la paciente no viene así, con todas las ganas".*

En las situaciones que superan las 14 semanas o ante complicaciones de la práctica, la capacidad resolutiva es limitada ya que *"este hospital es como un centro de salud pero un poquito más grande, con guardia: tiene cirugías programadas, dos veces por semana; tiene ginecólogo en el consultorio, dos veces por semana".* Por lo que en teoría estas situaciones deberían referenciarse al tercer nivel, donde cuentan con

"un servicio de ginecología las 24 hs., controles de laboratorio más de una vez por día, ecografía, instrumentación en el quirófano de urgencia para cuando hay un legrado; si se complica, una internación en terapia, transfusión de hemoderivados si tenés un cuadro de anemia".

4.1. Particularidades de la atención de la ILE

Las consultas por ILE tienen ciertas especificidades debidas, en principio, al desconocimiento y a la mirada de los otros y sus representaciones, vinculadas al tabú en torno a la práctica. Algo que se manifiesta tanto en el trabajo del consultorio, como en la articulación con otros efectores.

En estas situaciones, se ponen en juego los aspectos ideológicos y emocionales de quien atiende, lo cual marca la diferencia con otras prácticas donde el enfoque puede mantenerse dentro de una mirada más biologicista. La consulta de ILE es especial ya que

"nadie tiene ganas de hacerlo y viene agradada. Quien lo decide, seguramente viene con miedo; y a los temores, todo eso, tenés que dar respuesta. Y bueno, eso es lo que la hace especial a la consulta. Algunas

veces sale algo de violencia de género también, entonces se tiene que abordar otro tema. O con la familia, eso te genera también otro tipo de tiempos. Y eso también: el tiempo, la carga emocional: va a pasar lo mismo en la consulta".

La identificación y el respeto de las singularidades de cada caso, la habilitación de espacios afectivos que posibiliten a la mujer el desahogo emocional, imposibilitan "automatizar" los abordajes, y requieren la empatía de quien asiste:*"la capacidad de ver al otro en su contexto, cómo viene, para poder darle algún tipo de ayuda".* Esta empatía, que constituye un valor relevante dentro del equipo, en el caso de la ILE tiene que ver con "*tratar de entender esa persona que está aquí y que está atravesando una situación particular, y por algo lo está decidiendo*. *La empatía nace de eso, del respeto al derecho a la salud: de entender que es un derecho de quien viene a pedirlo, de entender que si viene, por algo será".*

Esta capacidad también entra en juego ante la participación de familiares o acompañantes, algunas veces con puntos de vista opuestos a la paciente: no es lo mismo un diabético que viene a la Guardia con hiperglucemia, donde se aborda el paciente y quien está acompañando escuchará, o no, pero no se generan mayores conflictos. En este sentido, la atención de ILE se diferencia de situaciones del orden principalmente biológico y donde hay un vínculo más sostenido con el sistema de salud,

"La problemática de ILE es compleja desde otro lugar; la diferencia aquí está en la mirada de los otros, la representación que todavía tienen los otros sobre lo que es la Interrupción Legal del Embarazo; es un tema con que no está aún ´familiarizado´, entonces genera otras cuestiones. En la diabetes la gente está más familiarizada con el concepto, saben que es un problema de salud inherente a tal cosa; podrá o no acompañar desde el rol de los ejercicios, de hacerlo entender más la dieta… para el familiar y para el paciente puede haber diferencias de criterios con respecto a los

cuidados: van a diferir en cómo, pero los dos quieren el tratamiento. Además hay un proceso de atención crónico en esa patología, vos no tenés una instancia con el paciente, con la persona: tenés muchas instancias. En cambio acá es una intervención un poco más aguda en la vida de la persona, es un momento que tal vez no se repita.””.

El desconocimiento que existe en torno a la práctica genera una mayor demanda de tiempo en la consulta para asegurarse de que sean comprendidos tanto el procedimiento como la importancia del seguimiento posterior:

“Implica escucha, charla, y explicarle en detalle; darle todo anotado a la paciente cuando se va para hacer el tratamiento en la casa: qué es lo que va a pasar, cuándo tiene que volver a hacer los controles. También está todo lo que tiene que ver con un abordaje posterior a la práctica, como la elección y sumcinistro de métodos anticonceptivos, o el seguimiento -que puede ser tanto en esta misma institución, como requerir la articulación con los centros de salud”.

A esto se suman el tiempo que demanda la coordinación del proceso de atención: “*hacer notas, pedir estudios complementarios, juntarse unos con otros para definir el abordaje”.*

4.2. El Consultorio Integral como “*paliativo”*

A pesar de la permanencia y difusión de este espacio, su institucionalización no es un objetivo, ya que las ILE que aquí se realizan son mayormente ambulatorias –de primer trimestre. Estas situaciones, al igual que otras que requieren un bajo nivel de complejidad, deben ser abordadas

“*referenciando a la paciente a su centro, al que está adscripta: el primer nivel de atención es quien puede brindar la práctica - por estar en el territorio, por tener mayor llegada y horizontalidad en la atención, y acceso también a las instituciones que están relacionadas con el área;*

algo que el hospital no lo puede brindar. Pero no todos son amigables, esa es la realidad: entonces algunas las podés referenciar, y otras las terminamos tomando aquí porque no hay donde hacerlo".

Por ese motivo, este espacio es considerado como un "paliativo" tendiente a apuntalar las políticas en materia de derechos, tanto en este efector como en otros*: "es un dispositivo ad hoc pensando en que en algunos lugares esto no se está brindando, y por eso se ofrece aquí como para dar un paliativo: no es el ideal de atención".* La existencia de este espacio permite sortear los obstáculos asociados a la carga ideológica que posee la práctica tanto a nivel institucional como en otros efectores:

"*Por ejemplo en la atención de un niño con fiebre, donde no hay dudas porque no son temas tabúes, la mujer va a decir ´vengo porque lo llevé a la guardia, estaba con fiebre, me dieron tal cosa y me dijeron que en 48 horas consulte´. Al personal del servicio de salud de cualquier efector de la provincia de Santa Fe eso le va a parecer lógico y le va a dar una respuesta en mayor o menor medida. Ahora si vos haces eso mismo ´quiero interrumpir mi embarazo, me dijeron que venga acá que ustedes me iban a ayudar´. ¿A vos te parece que la respuesta va a ser igual? En la guardia viene una chica a hacerse un control de embarazo y yo lo primero que le pregunto es: ¿dónde vivís? ¿tenés un centro de salud cerca? y la mando ahí, porque sé que en ningún lado le van a negar la atención su hijo o el embarazo. Hoy en día, eso que debería ocurrir con esta consulta, según dice la ley y según dice el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, no pasa".*

El Consultorio permite asegurar la continuidad del proceso de atención, desvinculando a quienes tienen conflictos ideológicos con la práctica, pero sin omitir su participación. A nivel institucional, gracias a la existencia de este espacio:

"Todos podemos colaborar, estemos o no de acuerdo. Si alguien dice ´No estoy muy a favor del tema´: bueno, sabés que hay un consultorio. Vienen las chicas, nadie las maltrata. Nos ponemos todos de acuerdo, decimos ´¿Esta es tu inquietud? Bueno, perfecto, veníte, te van a atender tal día, a tal hora´. Hay un listadito con los días que hay consultorio, quién lo atiende, y que vengan a sacar el turno".

Este espacio permite también sortear dificultades de tipo operativo como las que surgen en las consultas de ILE en el ámbito de la guardia, *"donde hay sobre exigencia, urgencia y un montón de cosas, y por eso es difícil manejar esa información"*. Desde allí se deriva a las personas gestantes al consultorio para contrarreferenciarlas hacia los centros de salud.

La existencia de este espacio facilita una atención integral y oportuna de las ILE; ya sea abordando las situaciones de manera directa, como a través de una referencia personalizada a profesionales de otros efectores. El abordaje directo se realiza en el caso de personas provenientes de barrios y localidades donde no se realiza la práctica: *"Es que las situaciones, al no resolverlas en el tiempo y forma, terminan llegando complicadas. Entonces, para no hacer pasar a la paciente por todo esto, ¿qué hacemos?: cuando llega acá, ya la tomamos. Lo resolvés antes de que tenga que hacer todo el circuito y después llegue así".*

Desde este espacio también se realiza una derivación personalizada a centros de salud confiables "*donde sí la van a escuchar*". Esto permite evitar dilaciones debidas a la irregular y dinámica distribución de los actores dispuestos a acompañar -*"hoy está fulana en tal lado que lo garantiza, pero era una suplencia de 3 semanas que ahora ya no está más*".

Sin embargo, ni el abordaje directo en esta institución ni la referencia a otro efector son posibles ante situaciones complicadas o de mayor edad gestacional, que requieren de un mayor nivel de complejidad:

"Cuando el problema está en el primer nivel lo podemos solucionar ya que nuestra complejidad nos lo permite, pero en el tercero no tenemos cómo resolverlo. Ante las complicaciones de un aborto se requiere un especialista ginecólogo, un servicio de ginecología las 24 hs, controles de laboratorio varias veces al día, ecografía y quirófano de urgencia, hemoterapia, terapia intensiva, que puedan dar respuesta rápida".

En los hospitales de tercer nivel, "*cuando vos derivás un paciente con un infarto, no hay mucha duda de qué es lo que hay que hacer y cómo se hace"*; sin embargo, esto no ocurre ante las complicaciones de ILE*: "en el tercer nivel, donde el servicio de ginecología está sesgado, le dicen ´claro, allá te lo hacen, pero no te resuelven el problema. Andá y que te lo resuelvan allá, que resuelvan lo que han hecho´. Lo cual nos hace pensar que, en ese ámbito, la ley es meramente declamativa".*

En los hospitales de tercer nivel, los obstáculos ideológicos permean y contradicen los criterios de gravedad de orden biológico, generando un importante riesgo obstétrico:

"El otro día hubo una complicación en el sentido que no expulsó del todo. Bueno, ante el primer signo de alarma la chica viene y consulta a la guardia, se le hace la derivación como corresponde, al nivel que corresponde. Se le manda todo por escrito, llaman por teléfono, y va con ambulancia. Lega allá y un maltrato terrible, es más: la mandaron a la casa y que venga el lunes. La chica viene el lunes, blanca; no caminaba, ya. Esa chica, que debiera haber estado atendida desde el viernes que fue a la guardia, llega acá con paracetamol y diclofenac por 10 días. Bueno, ahí nomás hacen otra vez la derivación, la mandan con la ambulancia…después de múltiples peleas la reciben y le dan la atención. Frente a una complicación de un aborto, compleja como la posibilidad de que sea un aborto infectado, con la posibilidad de sepsis y todo eso, la

actitud es: ´andá y que te lo resuelvan allá´, cuando saben que se tienen que manejar ellos".

Los obstáculos para acceder a una ILE o a la atención de las complicaciones en el tercer nivel, generan un alto grado de estrés en este equipo ante el riesgo a que somete a quienes se realizan una ILE. Esto no dificulta que en este efector se realice la práctica, pero atenta contra la integralidad del sistema de salud.

Para quienes acompañan situaciones de ILE en un el segundo nivel de Santo Tomé, su trabajo se enlaza con la intención de impulsar esta política. Esta intención, surgida de situaciones vividas tanto con las pacientes como a nivel personal, se acompañó de la voluntad de (in)formarse en diversos ámbitos. Inicialmente la formación se dio de manera individual y por convicción propia, o en los congresos de medicina general; posteriormente, en capacitaciones impulsadas por la gestión provincial, de las cuales surgieron los colegiados. Si bien los acompañamientos de ILE fueron al principio informales y con escasa legitimidad, su sostenimiento en el tiempo y el apoyo de la gestión les permitieron ir ganando legitimidad y avanzando en distintos espacios.

> *"Eso tiene que ver con la militancia que tratamos de hacer, el posicionamiento de estar saliendo de la clandestinidad. Fue esto de militarlo, tuvo que ver con la militancia y en un principio se tuvo que bancar. Porque en un momento nos sentíamos clandestinos por más que estábamos garantizando y era lo que correspondía; y está bien poder salir de eso. De última ´los que se tienen que esconder son ustedes y no nosotros; los que no están garantizando un derecho son ustedes, no nosotras´ y con ese posicionamiento, la gente fue tomándolo. Por lo menos ahora preguntan: ´che, ¿podemos ver?´"*

1. Los espacios ganados a nivel institucional

A partir de que se comenzó a hablar del tema en la institución, la implementación del acceso a la ILE fue avanzando por distintos espacios: desde el pasillo, a la Consejería de Salud Sexual con Perspectiva de Género; y de allí, a la sala de internación:

"Vamos haciendo avances a partir de espacios ganados: internación fue un espacio ganado, consultorio fue un espacio ganado; le vamos agregando a medida que avanzamos, y consolidando. Fue ir generando una lucha en el interior institucional: poder ponerlo en palabras, poder trabajarlo y no escondernos."

Estos avances interpelaron de diferentes maneras el rol de lxs profesionales.

1.1. "Primero me llegaron las pacientes": los médicos amigables

En el Gran Santa Fe, alrededor del año 2008 ya había médicos que "*daban algo de información y acompañaban algo en sus consultorios particulares en el ámbito privado, porque en el ámbito público no se podía ni charlar"*. En aquel momento, la Medicina General, especialidad en que se formaron todas las participantes de esta profesión, estaba enfocada fuertemente en la anticoncepción, pero la ILE estaba ausente en la currícula:

"esto no se podía, no era el momento: todavía era como una práctica clandestina. No se podía plantear un acompañamiento ni el Protomédico ni en ningún lugar. Antes los generalistas no lo militábamos; había algo de la agenda feminista que no se pasaba al colectivo de la Medicina General, que ha militado tantas otras cosas. No se hablaba de este tema ni siquiera en Rosario; los únicos eran los porteños, los generalistas de Buenos Aires. Los rosarinos arrancaron con Débora[38] en el 2010; nosotros también: hubo una movida desde Rosario para acá, en empezar a pensar, en meter la interrupción del embarazo en la agenda de los generalistas."

[38] Débora Ferrandini (1962-2012), fue secretaria de Salud de la provincia de Santa Fe durante el gobierno de Hermes Binner (2007-2011). Médica generalista y militante feminista, impulsó en la provincia de Santa Fe la implementación de la lógica de salud colectiva. Brindó un apoyo explícito a las organizaciones de género en la lucha por el acceso al aborto seguro, legal y gratuito, y a la familia de Ana María Acevedo en la lucha por la condena de quienes le negaron el acceso a la práctica.

Los ámbitos de formación eran inexistentes en el medio local, por lo que quienes decidían acompañar la práctica, se capacitaban por motivación propia a partir de las consultas de las pacientes; consultando con "*aquellos que escuchábamos que tenían algún tipo de conocimiento*", con material bibliográfico de difusión general, y/o en espacios de intercambio entre pares

> "*Tuvimos que salir a buscar información: primero nos llegaron las pacientes, y después tuvimos que salir a buscar la capacitación. Arrancamos con el librito*[39] *y lo llamábamos a Daniel*[40] *para hacerle algunas consultas. La capacitación formal era muy difícil de obtener al menos que fuera a rotar a Buenos Aires o que en los congresos de medicina general te dieran algo de eso, entonces fue como ir aprendiendo con las pacientes. Las mujeres se compraban el misoprostol y se les aconsejaba lo que decía el librito; las chicas de Buenos Aires*[41] *nos habían recomendado que las orientemos con estas consejerías de reducción de riesgos*. *Nosotras empezamos así."*

En este contexto, la falta de información y recursos generaba situaciones que requerían un fuerte involucramiento personal:

> *"en el 2011 fue la primera resistencia al misoprostol, en una paciente que tenía 7 hijos en una condición socioeconómica terrible, hubo que decirle a la paciente que no haga otra cosa porque se podía morir. Había hecho 3 ciclos; es más: para el tercero, si mal no recuerdo, habíamos puesto plata nosotras con las residentes para comprarlo. Estaba de 9 semanas, pero en ese momento no se sabía cómo manejar la situación. Como no*

[39] "Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas". Lesbianas y Feministas por la Despenalización del Aborto (comp.). Buenos Aires: El Colectivo, 2010.
[40] Daniel Teppaz, gineco-obstetra, docente universitario y activista feminista que formó parte de la gestión durante el período 2009-2013. Fue el principal impulsor de esta política, desde la Dirección por la Salud en la Niñez, Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva.
[41] se refiere a colegas médicas de la ciudad de Buenos Aires.

se garantizaba el resultado de ninguna forma, había que plantar la resistencia para decirle que no podíamos hacerlo, fue muy difícil".

La experiencia en la práctica se fue desarrollando en el ámbito de la consulta individual en los centros de salud, "*más a nivel de APS, más en el territorio"* o en algún espacio en la institución; en el domicilio cuando ameritaba; pero sin condiciones de legitimidad, transparencia, o sistematización.

"*En ese momento teníamos esta política del "médico amigable": lo hacíamos de manera artesanal en el circuito que armábamos siempre las mismas, sin demasiada claridad sobre si era legal o ilegal. Alojábamos ciertas demandas que llegaban a nuestro consultorio, pero bueno, después no podíamos salir de ahí*. *Éramos todos muy temerosos, también pasaba que como personas individuales era muy difícil cambiar el rumbo institucional. Desde nuestras prácticas particulares fuimos también fortaleciendo algo del primer nivel en los centros de salud en que estábamos, haciendo como una capacitación en servicio. Éramos las que estamos hoy en la consejería, que íbamos pivoteando para todo; siempre como girando alrededor del caso, sin nada que fuese establecido."*

En esos momentos, el trabajo en el hospital estaba centrado sobre todo en la formación de residentes, con quienes comenzaron a desarrollar capacitaciones de manera más informal, antes del 2012. Sin embargo, la situación se modificó cuando la provincia tomó el tema como política pública y comenzaron a habilitarse espacios de formación.

"Vino el fallo F.A.L.; ya había protocolo, hizo adhesión la provincia y lo empezaron a movilizar en la gestión: a fines del 2012 se hicieron las capacitaciones. Desde el 2012 al 2014 empezamos a trabajar con ´Clarificación de Valores´[42], con los colegiados; salíamos de Santo Tomé

[42] Clarificación de valores era el nombre de un taller donde se ponían en discusión los posicionamientos personales implícitos en la atención de las situaciones vinculadas con la salud sexual y (no) reproductiva.

e íbamos a Santa Fe y nos capacitábamos ahí. ´Clarificación de Valores´ fue como el primer momento donde había algo desde la gestión, una invitación a pensar en el protocolo que no estaba funcionando, y en el F.A.L., y en pensar qué se hacía".

1.2. De la consulta "*al lado de la Virgencita"* a la Consejería de Salud Sexual con Perspectiva de Género

Alrededor del año 2012, las personas que requerían una ILE iban a trabajo social y desde ahí se las enviaba a quien hacía las entrevistas, que era la médica que actualmente coordina la consejería –*"era la ´médica abortera´ de Santo Tomé"*. Acudían a buscar atención también de otras localidades, y referenciadas desde otros efectores. Al no tener un espacio físico, la consejería se hacía de manera informal, "*en el consultorio de Pediatría, en el servicio de Trabajo Social, o en el pasillo, al lado de la Virgencita*"[43]. Sin embargo, la actividad ganó visibilidad y legitimidad a partir de la propuesta del colegiado, de donde surge la decisión colectiva de instalar un espacio desde donde se realizará la atención de ILE.

"*La idea que se instauró era empezar a visibilizar el espacio de consultorio a demanda. Recuperando esto de salir o no salir de lo artesanal: cuando ya nos cansamos de que siempre éramos las mismas, ahí empezamos a trabajar, charlar. Desde colegiado se pensó en armar un espacio real de consultorio de consejería, como para darle un marco. Se habilitó, una vez por semana, un espacio en los consultorios externos del SAMCO donde se le puso de nombre Consejería de Salud Sexual con Perspectiva de Género[44]".*

[43] Al lado de una imagen católica que hay en el pasillo del hospital.

[44] En la consejería se atienden otras situaciones además de ILE: métodos anticonceptivos *("aunque este tema se trabaja bastante en los centros de salud"*) o enfermedades de transmisión sexual, y

El efecto sinérgico entre el Colegiado y la Consejería del hospital posibilitó también el desarrollo de diversas herramientas: el armado de la historia clínica *"para que sea mucho más rápida, más efectiva, donde está bien detallado todo; una guía que se le da a la mujer para que se lleve; incluso se ha hecho un recursero*[45] *de los lugares que podías consultar".*

La Consejería en Salud Sexual se estableció formalmente en el hospital en el 2016: a partir de la decisión del colegiado, el presidente de la comisión ejecutiva decidió destinar 12 hs. de un cargo médico de 24 horas. Esta asignación requería que hubiese "*un consultorio, una planilla; que hubiese un espacio que diga Consejería en Salud Sexual y Reproductiva".* Estaba planteado para que pudiera hacerlo la médica que ya estaba acompañando, que *"ya venía trabajando con las trabajadoras sociales, las residentes"*. Por ese motivo, su decisión fue "*traer a los colegas que lo estaban trabajando para armarlos juntas. Era retroceder como 5 años para atrás el tener que volver a un consultorio a hacer consejería sola".*

A partir de este espacio, y con el apoyo institucional, el equipo a cargo de la consejería fue fortaleciendo el proceso de atención de ILE a nivel intrainstitucional.

> *"Hoy hay otra dinámica donde el médico, el ginecólogo, hace el control por método anticonceptivo o le llega una mujer y nos deriva al Servicio Social, él por las dudas ya nos pide la eco*(ecografía)*.También lo sabe Admisión, entonces saben que si una mujer pide ir al consultorio, va ahí los días jueves. Está aceitado también lo de las ecografías, y las derivaciones pueden ser de otros efectores o del Protomédico. Ya todos*

---

recientemente se incorporó también la atención integral de personas trans, con la realización de procesos de hormonización.

[45]Los "recurseros" son listados de profesionales y efectores que realizan y/o acompañan abortos en el sistema público, que en ocasiones incluyen otros datos como sitios donde se realizan ecografías, o datos de organizaciones (Socorristas, organizaciones feministas) y ámbitos en los cuales consultar ante la obstaculización de la práctica. Comenzaron a circular entre estos, alrededor del año 2014 (en ocasiones avalados y en otras, desalentados por la gestión política).

saben que hacemos consejería, nos llaman hasta por teléfono avisando que hay gente esperándonos para Consejería de Salud Sexual: al principio le decían ´conserjería´, ahora le dicen consejería´".

La interacción entre la Consejería y el Colegiado también permitió definir los límites de acción y la articulación con el tercer nivel.

"La decisión de gestión y desde el Colegiado ha sido que, como dice en el Protocolo, pensemos en primer nivel y en el domicilio hasta las 12 semanas. Que de 12 a 14 semanas pueda pensarse en internación que sí lo podemos garantizar en el SAMCO, seguir con las residentes, también hacer AMEU si se necesitara. Y en los otros casos, nosotros le hacíamos la primera entrevista, armábamos un informe, mandábamos a Cuidados Progresivos en el hospital de tercer nivel, y que ellos definan la causal[46]".

En cuanto al primer nivel, la intención fue comenzar a formar profesionales en el ámbito de la Consejería "*para después ir haciendo una rotación a cada 3 meses en otros centros de salud en los que no estaban garantizando el acceso; esto se hizo todo el 2016 y parte del 2017 con diferentes resultados".*

Otra ventaja de un espacio de consejería es que facilitó el establecimiento de prioridades en la asignación de recursos: *"con el misoprostol, como con los métodos anticonceptivos, tenemos prioridad; nosotras somos las únicas que tenemos los implantes -que cuando no hubo, nosotras teníamos en Consejería".*

Sin embargo, y a pesar del avance en la visibilidad, persisten dificultades para explicitar que en ese ámbito se realizan abortos. Lo cual sigue ligando fuertemente la práctica al posicionamiento político personal, y al apoyo de la sociedad civil.

[46] Este aspecto será desarrollado en mayor profundidad en el cuarto capítulo.

"*No se nombra que hacemos abortos: hay algo de esto, del ´pacto´; esto tiñe muchos años, incluso tiñe hoy nuestras propias prácticas. El movimiento de salir de la clandestinidad pasa ahora, es como muy reciente: cuando empiezan los debates por la ley cuando vienen las pacientes con los pañuelos verdes atados; sentir que si alguien te va a sostener van a ser las pacientes".*

En la consejería, actualmente la consulta por ILE es la más frecuente; desde aquí se está impulsando, además, la práctica de AMEU tanto de manera ambulatoria como en internación.

1.3. La Sala de Internación: "poner en jaque lo legal y lo ilegal"

Aún en condiciones de "clandestinidad", el acceso a la práctica de manera ambulatoria se fue afianzando en el consultorio externo; la posterior implementación del Consentimiento Informado brindaba además un aval legal a las trabajadoras de salud. Sin embargo, la situación no era la misma en el ámbito de internación.

"Veníamos trabajando en nuestros consultorios y nos iba bastante bien: el firmar el consentimiento nos daba una resistencia. Pero cuando hubo algo que salió afuera, ´los muchachos´ vinieron y nos denunciaron a todos. Para esa altura, hacía 5 años que se acompañaba, pero no se lo podía blanquear. La clandestinidad estaba instalada: si algo pasaba, nadie te apoyaba".

La definición del posicionamiento institucional se precipitó en el año 2013 aproximadamente, a partir de la internación de una mujer para realizar una ILE. En esa oportunidad, tanto la directora del hospital como los familiares de la persona estaban en conocimiento y acompañaban la situación. No así otras integrantes del plantel hospitalario, que al enterarse del motivo de la internación, vulneraron la confidencialidad y denunciaron a la paciente.

"Mientras estaba internada, la paciente no tuvo problemas en decir a las enfermeras que se estaba haciendo un aborto. Las enfermeras llamaron a la médica de guardia, la médica de guardia llamó a los médicos que estaban en consultorio externo. Se armó un escándalo, llamaron a la policía, hicieron una denuncia a partir de que se estaba practicando un aborto ilegal en el hospital. Vino el policía que no sabía qué hacer; al pie de la cama con la paciente, le empezó a decir: ´vos sos una asesina´, el policía mismo. Una situación tremenda, la paciente llorando, diciendo que no le saquen la otra hija, las residentes de la RISAM angustiadísimas, estas personas que la estaban como presionando llaman a la directora. Se armó una cuestión muy pesada en donde el policía no los dejaba salir del recinto hasta que viniera el fiscal, estuvieron como cuatro horas en esta situación. Vino el fiscal, pidió la historia clínica, y como el procedimiento era legal, mandó a todos a su casa".

La situación tuvo un desenlace poco habitual cuando la directora sumarió posteriormente, a quienes habían obstaculizado el proceso. Lo cual reconfiguró el plano de las relaciones entre quienes acompañaban la práctica y quienes no, y generó la necesidad de informarse sobre el tema.

"Lo diferente acá es lo que pasó después: al otro día la directora solicitó a la policía la copia de la denuncia y todas las personas que habían denunciado, e inició un sumario administrativo para todas estas personas que habían accedido a la historia clínica de forma ilegal, por acoso a compañeros de trabajo, por falsas denuncias. Terminaron con sumario quienes hicieron la denuncia y no las que acompañaban y eso marcó mucho en el SAMCo; cambió mucho la actitud de enfermería y opositores cuando se dieron cuenta que iba a tener sanción el que obstaculizaba y no el que acompañaba. En ese momento la gestión nos bancó, pudimos poner una contraofensiva. Es un antecedente no menor, porque fue lo que puso en jaque lo legal o lo ilegal. Cuando el fiscal vino y dijo esto es una práctica legal, ahí más de uno quedó desconcertado, entonces

empezaron a solicitar capacitaciones; que de ahí después se fueron dando las de provincia, la de los colegiados".

El apoyo explícito de la autoridad hospitalaria, apuntalado en esa sanción, no sólo fortaleció la legitimidad de esta política a nivel institucional. También ordenó el proceso de atención entre los distintos sectores, para seguir trabajando de manera más articulada: *"hoy seguimos trabajando con estos compañeros que fueron los que nos denunciaron y hoy saben que tenemos consejería".*

Sin embargo, los límites de la legitimidad de la práctica al interior de la institución volvieron a tensarse en el 2017, cuando se empezaron a hacer las primeras AMEU.

"Les dijimos a nuestros compañeros que teníamos que poner un DIU. Fue un sábado: además que no hay nadie acá en el hospital, habíamos hablado con la persona de limpieza; *la directora había visto el consultorio. Estábamos todos con los documentos, por las dudas, todos a la defensiva*. *Te decían ´no nos movamos´; tenían miedo".*

En esa oportunidad, la ausencia de inconvenientes fortaleció la transparencia del proceso, y posteriormente permitió involucrar a otras profesionales del efector cuya participación en la práctica eventualmente podría verse requerida.

"El médico de guardia e internación, por la práctica que se va a realizar, tienen que estar en conocimiento; es lo que corresponde, por los riesgos que pueden suceder. Entonces íbamos y les decíamos: ´tenemos una paciente para AMEU, ahora va a venir el médico, te aviso por las dudas´. Y te quedaban como mirando. Si nosotros lo garantizamos o pretendemos garantizarlo lo tenemos que bancar todos acá. Ahora ya se sabe del AMEU, porque lo tomamos como una práctica más."

Estos avances coexisten, sin embargo, con algunas resistencias. Estas son más marcadas entre el personal de enfermería, que se opone a la administración del misoprostol.

> *"tiene el cuco del misoprostol, y te dice ¿para qué es esto?´ Incluso la administración la hace el médico, cuando todas las medicaciones las administra enfermería. Se les deja la indicación y te dicen que eso no lo hacen, y en los centros de salud pasa lo mismo. Así como el equipo médico sabe todo lo previo a la internación, la enfermera no: enfermería no tiene el mismo acceso a la información. Mucha gente cree que es un procedimiento re invasivo: hay mucho desconocimiento en otros colegas que no están empapados con la práctica, incluso tus mismos compañeros del lugar".*

1.4. Efecto multiplicador: interpelando la formación

En el último año, el espacio de Consejería se consolidó como ámbito de formación obligatoria para diferentes disciplinas y especialidades, tanto en el pre como en el post grado. Actualmente es rotación obligatoria de estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad de Entre Ríos, de residentes de Medicina General, y también participan integrantes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM).

> "*La intención multiplicadora siempre ha sido unos de los objetivos; si bien recién este año, 10 años después, pudimos poner en agenda como obligatoria la rotación por consejería para los médicos que están en la residencia de Medicina General. Rotan por el espacio de Consejería de Salud Sexual, así como rotan en maternidad del Cullen, internaciones, en centros de salud. La rotación de la residencia de Salud Mental es opcional, pero la idea es que para las dos (Medicina General, y Salud*

Mental) sea obligatoria. Pasa que los de la RISAM[47] son más permeables que Medicina General, tienen otra postura, otra mirada: no hemos tenido nunca alguien que se objete a hacer una intervención. Siempre fueron tan parte que en un momento nos sosteníamos con ellos; las residentes de la RISAM eran parte del equipo de trabajo. Pero como la residencia es un momento tan limitado de tiempo, al ir cambiando hay nuevas camadas que no están interesadas en la temática. Por eso empezamos recién a pensar ahora, con la RISAM, que también sea obligatoria: porque tampoco habíamos tenido la necesidad, porque todos querían venir".

En el caso del pregrado, inicialmente rotaban sólo por internación, pero se planteó hacerlo también en consejería para posibilitarles una mirada integral de la atención de ILE, ya que "*no van a estar pasando solo por internación cuando salgan a trabajar: rotan entre consejería, centro de salud, e internación, ya que los tres tienen dispositivos de ILE".* La intención es que también puedan trasladar a la facultad los aprendizajes realizados en este espacio.

"Para los tres estudiantes que rotaron hasta ahora, la ILE fue todo tema de charla en la facultad; estaban alucinados, tienen diferentes docentes, diferentes cohortes, no pensaban que esto se podía hacer. Justo nos agarró el debate de la ley, todo un montón de cuestiones que pudieron poner en palabras o en discusión en el interior de la facultad, que eso era más o menos la intención que teníamos".

El intercambio en estos ámbitos con estudiantes de pre y postgrado también ha generado en las coordinadoras otra conciencia de los tiempos que requiere el aprendizaje y de los modos de abordar el tema. Una participante que estuvo a cargo de la formación de residentes comentaba:

"Después de tanto tiempo trabajando, una toma como una práctica más la ILE. El tema es que lo naturalizamos tanto que por ahí no nos damos

[47] Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.

cuenta, estando en el espacio de instructora, cómo a la residente le decía ´andá a controlar el sangrado´ y cómo a ellas les afectaba como a mi afectó en un principio. Porque yo estaba ahí viendo cómo repartir las pastillas y para ellas era todo nuevo e impactante y traumático incluso. Entonces es frenar y decir ´che, bueno, tampoco es una práctica más´, más allá que lo queramos ver así. Y que a todas nos atraviesa en algún aspecto".

2. El apoyo político

En el proceso de implementación de la ILE en el hospital de Santo Tomé, fue fundamental el apoyo de la gestión. Este se manifestó en una decisión política clara de propiciar las condiciones necesarias para realizar la práctica, pero también en una serie de acciones que permitieron generar un grupo de gente comprometido en la defensa de los Derechos Sexuales.

"S*i no hubiéramos tenido una gestión que acompañe, probablemente no lo hubiésemos podido garantizar, como el espacio a otros compañeros y compañeras en otros sectores*. *Siempre tuvimos banca para sostenerlo; la internación nunca se podría haber dado si no hubiera habido acompañamiento de los directivos".*

Este apoyo se sostuvo a lo largo del tiempo tanto en la organización y sostenimiento del colegiado, un *"espacio para pensar"*; como en la promoción del acompañamiento personalizado entre colegas, y en la garantía del recurso material.

"*Hay algo del soporte material de gestión que tiene que ser de los tres espacios, porque cuando nosotros alternativamente nos fuimos quedando sin algunas de estas cosas no nos fue fácil. Pudimos avanzar en un momento que teníamos las tres, y después nos fuimos quedando*

como ´rengos´ con algunas otras. Por ejemplo, con el tema de AMEU: había recurso edilicio y había recurso de gestión, pero no había quien la hiciera. Después nos pasó con los ´espacios para pensar´: se nos cayeron los colegiados, tuvimos que seguir con la práctica, y cada uno hacía lo que mejor le parecía".

Estas falencias, agravadas por la necesidad de dar respuesta rápidamente y la violencia institucional de que usualmente son víctima quienes deciden interrumpir una gestación, significan una sobrecarga para quienes deciden dar respuesta. La práctica a veces se realiza en condiciones que no son las adecuadas, y con un alto nivel de estrés para el equipo:

"Tenemos que estar en la insistencia, en plantearlo, y esperamos que el otro esté y muchas veces lo terminamos ejecutando nosotras. Pasa que se trabaja con las urgencias: vos no podés hacer esperar a una piba que viene con 10 semanas de edad gestacional para entregar una medicación. Tendríamos que decir ´no, yo en estas condiciones no voy a atender: está faltando recurso humano, ¿qué hacemos? Las mujeres vienen con un tránsito por el sistema de salud, expulsadas de otros lugares, y nosotras no vamos a sumar más al padecimiento. Todos estos recursos a veces faltan, y una espera respuesta, y eso mismo puede ser una debilidad; nosotros tenemos tan dinamizado el trabajo que también invisibilizamos estas cuestiones."

2.1. El recurso material y técnico

El respaldo institucional fue una constante en la gestión de los recursos necesarios para llevar adelante la práctica: personal entrenado, medicamentos, acceso a ecografía, y espacios edilicios. En cuanto a la adquisición de la medicación:

"la Comisión[48]siempre nos bancó. Siempre hubo presupuesto y la prioridad para la compra de medicación: *este stock se construye con el dinero del fondo del hospital*. *La otra vez tuvimos que ocupar 5 cajas y nos quedamos sin stock y al otro día se hizo la compra. En un lugar como el SAMCO, que faltan muchas cosas, a nosotras el misoprostol nunca nos faltó*".

Lo mismo ocurre en el caso de las ecografías: *"las tenemos garantizadas al otro día de solicitarlas".*

El aspecto edilicio sigue siendo un punto débil: la implementación del acceso a la ILE ha puesto en evidencia las limitaciones de los espacios existentes; por lo que su organización aún se encuentra en proceso.

"*A lo edilicio nosotros ya lo hemos trabajado en múltiples oportunidades: nuestros consultorios son un desastre para cualquier práctica ginecológica. Estuvieron haciendo modificaciones, recuperaron el ecógrafo, las camillas, ahora están remodelando y repensando con esto del AMEU, todo en pleno proceso".*

Otro aspecto importante es la disponibilidad de personal con capacidad técnica. La formación de residentes es una posibilidad concreta de capacitar personal para el trabajo en el estado, sin embargo, su continuidad en el sistema público no se encuentra garantizada.

"Nos interesa mucho saber si estas residentes que estamos formando, cuando terminen van a tener un espacio genuino en la Consejería. Si ellas van a poder seguir garantizando el recurso de AMEU ya que no es gratis: por supuesto que a la persona que viene de Rosario[49], se le paga. Es importante pensar que las nuevas incorporaciones a los espacios, a

[48] Se refieren a la Comisión Directiva del hospital, que adquiere los insumos.

[49] se refiere a un ginecoobstetra que realiza AMEU en efectores públicos, integrante del Equipo Itinerante de la Unidad Provincial de Acceso y Garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos; a quien se le paga para capacitar en servicio al personal que esté interesado en hacerlas.

los centros de salud, a los cargos, tengan que ver con personas que puedan estar acompañando esta temática como otras cosas. Nos pasó desde la convocatoria de ginecólogos, que no se consiguió ningún ginecólogo que quisiese acompañar".

Una fortaleza local ha sido el trabajo coordinado entre la gestión política territorial y la dirección del hospital: "*siempre han tenido un equipo de trabajo; no sólo con la gestión actual si no con las anteriores; tanto el coordinador de la subregión como director y directoras siempre han trabajado muy en conjunto*". Sin embargo, la capacidad operativa se ve limitada cuando se requiere de mayor complejidad para la atención: "*cuando pensás en el tercer nivel, tenés que pensar en la Secretaría de Salud de Tercer Nivel; y ahí se corta"*.

2.2. Los "*espacios para pensar"*

El espacio de colegiado se instaló en Santo Tomé en el año 2013 – 2014, respaldado por una decisión política -*"porque si no tenés el apoyo de la gestión para armar un colegiado, no lo hacés".* En un principio, estos espacios eran centralizados, los impulsaba la gestión central, y reunían en Santa Fe a efectores de distintas regiones. En ese ámbito se trataban todos temas en relación a salud sexual, reproductiva y no reproductiva; sin embargo, el tema más controvertido y novedoso era la ILE.

"El colegiado fue el punto de quiebre porque no había, no se hablaban de esos temas. Fue como un estallido, porque incluso teníamos discusiones con otros residentes y tanto nos machacaron que nos llevaron a investigar. Era tal la desinformación, era un problema que no estaba visibilizado. Cuando empezó incluso muchos no querían ir por la ILE, como si fuera que solo eso se hablaba; estaban negados".

Cuando se discontinuaron en la modalidad centralizada, el grupo de Santo Tomé respaldó su persistencia en este ámbito. Hoy día, a diferencia de la

modalidad centralizada, el espacio colegiado es local, autogestivo y autoconvocado; su referente es quien coordina la Consejería en el hospital, y la participación en el espacio es parte de la formación:

> *"seguimos sosteniendo el colegiado por más que los colegiados no se sostengan; nosotros seguimos manteniendo todos los meses nuestros colegiados de Santo Tomé. El espacio para pensar es fundamental, siempre se incorporan compañeros nuevos, siempre hay algo nuevo y hay otras temáticas. Nos reunimos una vez al mes, va variando entre 15 personas, a veces somos 4, 5. Tenemos el grupo de WhatsApp en donde anticipamos el tema, y como vimos que con ILE cansamos mucho, hicimos esto de salud trans[50] y muchos se interesaron. Ahora se incluye dentro de la currícula de los residentes y eso les suma puntos".*

Si bien en un momento se decidió discontinuarlos también a nivel local, recientemente volvieron a reactivarse *"pensándolo como estrategia para volver a fortalecer los espacios de consejería en los centros de salud, porque el territorio se debilitó"*. Actualmente, la intención es dejar de realizarlos en el ámbito del hospital, y descentralizarlos nuevamente hacia los centros de salud para exigir una mayor participación de los planteles. Fundamentalmente de quienes son objetores, como estrategia para integrarlos al proceso de atención de las ILE.

> "V*amos a ir rotando, entonces aquel que quiera -o no- va a participar porque tiene que ver con un espacio que se va a dar dentro de su centro de salud. Por lo menos para conocer las limitantes y si acompañan o no acompañan, hasta dónde son objetores; pensándolo desde el respeto hacia el otro y el discurso que utilizamos".*

[50] A partir del año 2018 se empezaron a abordar las particularidades de la atención de la salud en personas trans (procesos de hormonización y cirugías).

Además, hoy día se hace necesario reabrir el debate en torno a la legalidad de la ILE. Ya que, si bien la movilización en torno al proyecto de ley de despenalización del aborto ha servido para ponerlo en el tapete, su rechazo ha generado una situación confusa.

> *"Está ese doble juego en que, sí, está buenísimo, porque se pudo poner en palabras y pudo visibilizarse. Pero a la vez los que trabajamos en el sistema de salud, hablando de la provincia, que somos totalmente diferentes a otras provincias, eso se presta a la confusión: ´no es legal, no empecemos a garantizar´. ´esto no es legal porque no salió la ley´. Hay muchos que se agarran de esto para hacerlo en contra. Incluso compañeros mismos, pero desde el desconocer, que dicen ´¿cómo hacen eso si es ilegal?´. No, no salió la ley, pero sí hay protocolo. Es como un armado de nuevo, poder estar diciendo ´la ley sigue´".*

Un aspecto innovador de los colegiados fue "*el acompañamiento personalizado, de colegas que han transitado por lo mismo y colegas que recién están arrancando".* En el cual el equipo de la Consejería de este hospital tuvo un rol central que se mantiene hasta la actualidad: *"nosotros hemos trabajado esto de ´matriciar´*[51] *a otros equipos durante mucho tiempo; nos van llamando y vamos acompañando"*.

2.3. El acompañamiento entre pares

En este efector, la atención de ILE se consolidó además a partir del trabajo interdisciplinario -algo que anteriormente sólo se daba en la sala de internación. La participación en el proceso de atención, de personas que puedan dar cuenta de otros saberes y otras herramientas, por un lado, facilitó el abordaje de ciertos

[51] Neologismo para transformar en un verbo el adjetivo "matricial", vinculado con el tipo de apoyo especializado que describe Campos (1998; 2005:: 93, 203). Se refiere al acompañamiento que se brindaba desde los equipos y planteles más capacitados, a aquellos que recién estaban comenzando con el proceso de atención de ILE.

aspectos de la causal que son difíciles de visualizar para las demás profesionales.

> "*No es porque tengan que ser tres personas para ver el paciente, sino que muchas veces hay situaciones donde es necesario, para dar lugar a la complejidad. Tiene que ver con la captación del objeto complejo. Nos pasa ahora con los estudiantes de psicología avanzados, que ellos pueden hacer preguntas en ciertas situaciones donde las causales tienen que ver con la salud mental, donde nuestras disciplinas encuentran un límite. Más allá que cada mujer que viene es particular, ya tenemos tan automatizado el proceso que está buenísimo que venga otro y nos haga una intervención: no sólo a la usuaria sino a nosotras mismas, para poder pensarlo desde otro lugar".*

Por otro lado, la posibilidad de acompañamiento entre profesionales de diversas áreas y disciplinas, tuvo un efecto protector frente a la angustia ligada al trabajo solitario de los "médicos amigables".

> "*Necesitamos incorporar otras miradas para sostenernos un poco más frente al desgaste que genera el trabajo. El tema de la receta es un trámite burocrático, necesitamos todo lo otro*, *el acompañamiento de la paciente en general. Es una escucha que necesitás con otro, en general son situaciones súper complejas donde necesitás del compañero para abordarla, tiene que ver con eso: tener con quién hablar".*

La participación de diferentes profesionales en el espacio de consejería también interpeló el rol que estas venían teniendo en el ámbito hospitalario. Tal fue el caso de las trabajadoras sociales, que jugaron un papel central al momento de valorar los motivos de las solicitudes. Así lo menciona la profesional de esa disciplina que participa en la consejería:

> "*la visión del trabajador social era fundamental para saber el causal, para pensar el seguimiento de los pacientes, hacer una evaluación sobre un*

objeto tan complejo. Antes, en internación -que también tiene un equipo interdisciplinario- la trabajadora entregaba la leche y daba el turno. Antes eran interconsultas con Servicio Social: en eso sí, nos mandaban de todo con interconsulta con Servicio Social. Fue una lucha acá en el hospital, desde el rol del trabajador social, que la gente piense que no estamos para sacar un turno o que estamos para entregar la leche; bueno, no, a ver: trabajémoslo, pensémoslo. Empezar a meternos en internación, hacer entrevistas interdisciplinarias, eso tiene que ver con la legitimación de cada uno. No solamente porque sea acá sino legitimar la disciplina nuestra. Tiene que ver el rol y el lugar, o qué se piensa de cuál es rol que cumple el trabajador social, o para que está."

La incorporación de las dimensiones sociales a la evaluación de la causal generó una reconfiguración de su participación en los ámbitos tanto hospitalarios como territoriales, a nivel de los centros de salud.

"Tiene que ver con eso, que ahora sí se está priorizando mucho más esta mirada un poco más amplia. Pero con decisiones donde la hegemonía predomina: ¿se cae un contrato, se termina, se jubila un médico? Tiene que entrar un médico. Pensemos otra mirada, no sé si estás necesitando tantos médicos como un trabajador social en el territorio. Se fue modificando dentro de todo y bastante, pero es como una lucha al interior de la disciplina también".

3. La decisión de (no) objetar(se)

Quienes ingresaron a la residencia en este efector en el momento en que esta política empieza a implementarse, mayormente se oponían a ella (*éramos todas "anti-ILE")*; si bien "*de palabra"* ya que nunca llegaron a firmar el formulario de objeción.

"También estaba ese mito que si no hacías abortos no te daban un puesto en la provincia, que no dijeras que eras objetor para conseguir un cargo. Incluso llegamos a los abogados del colegio de médicos. El abogado del colegio médico nos dijo que eso no era legal y le fuimos a decir a la instructora que nos estaba queriendo hacer algo ilegal, y estábamos indignadas. La instructora nos brindó el espacio de escucha y nos dijo que nadie nos iba a obligar a hacer algo que no queramos, pero que no cerremos la posibilidad de informarnos".

Por ese motivo, además del acompañamiento de las personas con mayor jerarquía (tutoras, instructoras), fueron muy importantes las capacitaciones con la abogada de CEDES[52], que aportó claridad en relación a los aspectos normativos. Las dudas legales se despejaron finalmente al corroborar que nadie tuvo problemas legales por hacer una ILE. Además, la posibilidad de desarrollar argumentos más sólidos "*nos dio la posibilidad de explicarles los fundamentos a los que no acompañan; tener en claro por qué acompañás".*

Este aprendizaje fue madurando también a partir de situaciones vividas de manera personal y otras por colegas muy cercanas, así como el contacto con las personas que abortan, que permitieron *"ver otras realidades de algo que sí pasaba, más de lo que nosotros queríamos ver"*.

Hoy día, el hecho de no ser objetoras viene asociado a un proceso subjetivo donde "*trabajamos mucho la distancia entre lo personal y lo profesional y el paciente";* vinculado además a un sentido del deber profesional y de pertenencia a espacios grupales que sustentan la noción de legitimidad

"*Tiene que ver con las respuestas que uno puede dar como profesional y para lo que se formó, pero también te une con la gente que vos laburás. Es algo en común con el espacio colegiado, es algo en común con las*

[52] Se refiere a la Dra Agustina Ramón Michel, integrante del CEDES, organismo con quien se articularon acciones entre los años 2009 y 2013 en pos de la implementación de esta política.

redes de profesionales: nosotros estamos unidos, hay un bienestar. *Una nunca va a quedar sola, siempre vas a tener con quién, sabemos con quién contás. Pero el objetor está solo salvo que sea amigo tuyo y te llame; porque si no, no saben a quién recurrir. No tienen un sostén, por ejemplo, en situaciones graves que han pasado en acompañamientos".*

3.1. Recuperar una historia: la objeción como parte de un proceso personal

Para quienes integran la Consejería, los objetores de conciencia no son considerados como enemigos, sino que hay frente a ellos una actitud que, aunque no es totalmente amistosa, sí es más inclinada hacia el diálogo.

"Nuestra premisa es no obligar a nadie: ni a la mujer a hacer algo que no quiere, y ´a vos tampoco obligarte a hacer algo que no querés´. Nosotros con el objetor hacemos lo siguiente: ´vení, mirá, sentáte. No llores delante de la paciente, esperá para hacerlo afuera. No te preocupes, esto no es obligatorio´. Nosotras queremos a los objetores, para nosotras los objetores son pacientes: tratamos de escucharlos para poder pensarlo desde otro lugar; no desde juzgarlos sino pensando, contenerlos. Si nos ponemos a dar batalla nunca vamos a cambiar. Hoy hay un quiebre: en algún momento sí estábamos ´este es objetor, este no´, pero nos fortalecimos: antes batallamos con el objetor y ahora podemos recuperar una historia y no que nos lleve puesto el ahora".

La actitud dialógica se funda en que los motivos de la objeción, si bien en algunos casos son de índole personal y por razones de conciencia, habitualmente están vinculados con la falta de formación y de contacto con la realidad de las personas que solicitan una ILE "s*e declaran objetores sin saber a qué. Hay muchas objeciones que se desarman en la práctica real, son objeciones ideológicas, más epistemológicas, y se desarman cuando estás con la paciente"*. Lo cual los pone en una situación similar a los comienzos del

recorrido personal de quienes hoy garantizan la práctica, pero en un contexto histórico-político diferente:

> *"Nosotras hace 10 años quizás les preguntábamos a las pacientes: ´che, vos estás segura que no querés seguir teniendo este bebé?´ y ´¿pensaste en todas las posibilidades?´. Nosotras también hacíamos lo que podíamos y lo que nos salía; no podemos pensar que hoy estamos en las mismas condiciones en las que arrancamos. Nosotras no nacimos sabiendo, a todo este trayecto lo fuimos transitando con las pacientes. La verdad que, al principio, puede ser que a muchas pacientes les dijéramos que no porque no sabíamos. Hay que reconocerles este tiempo a los compañeros. Hay que habilitarle a los compañeros este tiempo y ayudarlos en la capacitación, transmitirles cuestiones que nosotras ya hemos podido resolver. Les estamos pidiendo a colegas que se teletransporten en un proceso que tiene que ser en tiempos acelerados por lo que sucede ahora en la coyuntura actual. Las pibas tienen como 80 veces más acelerado y entendido y más agarrada la perspectiva de género que la que tenemos los servicios, entonces es cierto que ahora los tiempos te empujan. Eso está bueno porque va a acelerar un poco, pero muchos colegas están en un proceso que tienen que ver cómo hacer. Ojalá no sea con el sufrimiento que tuvimos que pasar nosotras, con la incertidumbre, con el no saber".*

Sin embargo, si bien hay personas que objetan la práctica *"por desconocimiento",* otrxs lo hacen "*por comodidad: no quieren escuchar, no dan lugar a que les lleguen las pacientes; son expulsivos*".

3.2. Obstaculización e indiferencia

La actitud dialógica de estas trabajadoras hacia quienes objetan la práctica está determinada por la actitud hacia quienes se realizan una ILE –"*cuando maltratan una paciente, ahí se acaba la paciencia"*- o hacia otrxs integrantes del

equipo -*"los consideramos compañeros hasta que demuestren lo contrario: cuando nos denuncian, por ejemplo"*. El maltrato y la intención de entorpecer la práctica hacen la diferencia entre las objeciones y las obstaculizaciones, y son el eje del conflicto entre quienes acompañan y quienes no:

> "*El mejor objetor que te puede tocar es el que se aísla, si se aísla y no te jode. Cuando se obsesionan con el ´eliminemos al objetor´, más que detectar al objetor, interesa detectar al compañero jodido. El problema es el obstaculizador, es un deportista de ponerte palos en la rueda: esas personas están actuando activamente para impedir el proceso".*

Sin embargo, la intención de obstaculizar no es inherente a quienes se definen como "objetores", ya que se encubre también en personas que no se definen como tales, pero que contradicen sus discursos con su práctica: *"El tema son los jodidos. Hay personas objetoras que no son jodidas, y otras sí; y hay personas que no son objetoras, y son re jodidas. Ese es el tema: que, en el discurso, este es re progre, pero que no va a parar de obstaculizar. Cuesta mucho reconocer el límite".*

Para diferenciar entre objeción y obstaculización, es importante la capacitación del personal, pero también *"se necesita un fuerte apoyo de la gestión, la obligatoriedad de ciertos espacios: apelar a cierta terceridad que esté bancando. Seas objetor o no, vos tenés que estar escuchando igual. Si siempre estamos diciendo ´que el objetor haga su vida´, no funciona de esa forma".* Por el contrario, en muchas ocasiones "*hay más una desresponsabilización*(sic) *por parte de la gestión en lo que son las sanciones a los funcionarios públicos por incumplimiento de deberes".*

La naturalización de estas situaciones se refleja en la laxitud de criterios en relación a los motivos y a la responsabilidad sobre las consecuencias de la objeción: "*Los objetores ´ni pinchan ni cortan´ pero tampoco tienen una consecuencia por no hacerse cargo".* Esta situación no sólo posibilita la

impunidad de quienes ejercen violencia institucional, sino que también debilita la sensación de apoyo de quienes acompañan la práctica:

> *"Si una persona obesa va al clínico y el médico le dice: ´No, vos sos una persona que no te cuidás, si vos no haces dieta yo no te voy a dar ninguna medicación´; si eso pasara, a los dos segundos estás hablando con el director. Acá tenemos un rosario de personas que atienden mal en diferentes situaciones. Nos pasó con una enfermera que se negó a darle analgesia a una paciente, que si lo escribís en Google dice tortura: ¿qué hacemos con ella, como accionamos, como actúa la dirección? O el caso de esta compañera que es ginecóloga y que ella deliberadamente no nos manda las pacientes, les dice que no puede hacer nada. Entonces la paciente sale llorando al pasillo, y el administrativo le dice que vaya a servicio social: ahí vemos que sin tanta militancia activa vemos respuestas. Como las enfermeras, las secretarias: muchos acompañan, pero no se animan a blanquearlo".*

4. "*Blindando con nuestro propio cuerpo*": posibilidades y limitaciones del dispositivo de consejería

La experiencia ha demostrado que tanto la sistematización del proceso de atención, como la presencia física de las trabajadoras de este espacio en el proceso de atención, reducen el riesgo de maltrato por parte de otrxs integrantes del plantel. En cuanto al proceso de atención, a diferencia de situaciones de índole biológica, la violencia asociada a los prejuicios con relación a la práctica son un obstáculo frecuente:

> *"La mujer por lo general no viene por una cuestión médica sino acompañada por una situación de violencia o de vulnerabilidad, por eso requiere tener muy ajustados todos los componentes del proceso. A nadie lo insultan si se va a poner una inyección para cólico renal, a nadie le dicen que es una asesina si se va a hacer una ecografía por cálculos.*

El proceso así al exterior es tan complejo, tan tabú, como mirado en negativo, algo que se maneja en lo clandestino, ilegal; y la verdad que requiere que todas las partes vos las vayas pensando. Cuándo darle la ecografía, cuándo le da el turno el administrativo, cuándo la mandas a hacer el Partogamma… Cuando hacemos la internación tomamos los recaudos incluso de fijarnos en qué enfermera está para ver a qué horario empezamos la medicación; incluso que médico de guardia va a estar para ver si va a acompañar ".

El involucramiento personal de estas trabajadoras en diferentes instancias del proceso de atención también ha sido una estrategia utilizada para evitar la violencia obstétrica:

"No es cualquier proceso, es muy delicado no solo por el estado de vulnerabilidad de la paciente sino porque tiene una carga de violencia dirigida a la mujer que decide interrumpir su embarazo, que hay que ir blindando inclusive muchas veces con nuestro propio cuerpo. No suele pasar con nosotras y la paciente, pero detectamos que ocurre cuando la paciente queda sola. Que nos pasó el otro día: descuidamos una situación, no nos imaginamos, no sabíamos quién era la enfermera y mandamos a una paciente a hacer un Partogamma y, la enfermera la sentó y le dijo que si ella había pensado bien en lo que estaba por hacer, cómo iba a matar a un bebé, que era una asesina.

4.1. La relación con otros niveles de atención

La instalación y explicitación de un espacio de consejería en el hospital impactó de diferentes maneras en la articulación con otros niveles. En cuanto al primer nivel, implicó algunas ventajas respecto a la atención que se brinda en los centros de salud. Por ejemplo, garantizar la confidencialidad:

"el hospital ofrece a las pacientes anonimato: las mismas pacientes te dicen ´no sé si ir a plantearle esto a la enfermera que le pone las vacunas a mis hijos todos los días´. La dinámica de los centros de salud es totalmente diferente a la de acá: en el centro de salud se conoce a la familia, si viniste o no viniste; qué prácticas, qué intervención se hizo sobre esa usuaria".

Sin embargo, también tuvo algunas desventajas en lo que hace al involucramiento del primer nivel, en la atención de estas situaciones, ya que contribuyó a personalizar aún más la atención:

"Lo que suele pasar es que a los equipos les cuesta salir de la personalización de la práctica, y tomar ellos situaciones nuevas sin el acompañamiento, sin que esté ahí la médica que coordina este espacio de consejería. Poner una consejería acá centralizada en el SAMCO fue un movimiento en algún punto de centralización; y esto reportó que los centros de salud, que antes eran los que tomaban todas las situaciones, hoy no las hagan y las tomemos acá".

En cuanto al tercer nivel de complejidad, desde este espacio se intentó generar estrategias para articular con el equipo de Cuidados Progresivos del hospital de referencia. En un principio, se entrevistaba a la paciente y luego de confeccionar el informe de la causal, se la enviaba con este informe para la realización de la práctica; sin embargo, se volvía a realizar la entrevista y la respuesta era habitualmente negativa:

"Nosotras les decíamos ´ya está con el informe de la causal´ y desde el hospital nos decían ´la causal la definimos nosotros, los riesgos los evaluamos nosotros, esto lo hacemos nosotros, tenemos nuestro equipo, esto lo definimos nosotros´. Hasta que después nos azotamos la cabeza con un par de derivaciones que tuvimos: el estado le tenía que garantizar porque vos ya la definiste, y lo que nos pasaba es que la mujer llegaba a ese hospital y no se le realizaba la práctica. Como así también han

garantizado bajo la presión de otras situaciones que las mujeres, si lo hubieran hecho en lo clandestino, lo hubieran pasado mejor que en el Cullen Entonces es eso: ¿cuál es el nivel de exposición en que una puede estar pensándolo? Después fueron acompañadas por las socorristas porque ya sabíamos que las iban a rechazar".

Por otra parte, a quienes acompañaron personalmente a la persona en proceso de ILE, el contacto con el equipo de Cuidados Progresivos les ha generado situaciones de gran tensión -"*es como ir a un jurado"*- y en general "*las experiencias han sido muy malas; nunca más acompaño una situación así. Estás descuidada en esas situaciones."*. En cuanto a las oportunidades en que la práctica sí se realizó, muchas veces las mujeres se vieron sometidas a situaciones de violencia simbólica ("*le dejaron el feto en la palangana")* o de gran riesgo obstétrico, que también repercuten en el bienestar laboral:

"por ejemplo lo que pasó con Lucia, que es objetora, pero se bancó una situación horrible con una paciente de 17 semanas a la que mandaron a la casa y le dijeron que llame cuando empiece a sangrar. La paciente la llamó y Lucia fue a su casa: estaba pariendo en el baño, así que tuvo que hacer un alumbramiento con el riesgo que se muera desangrada. Estás descuidada en esas situaciones, esto no tiene que pasar: es inhumano para la paciente y para la compañera".

Las experiencias negativas con el tercer nivel, si bien no han facilitado el acceso a la ILE, han fortalecido el proceso local al colocar la (i)responsabilidad en quienes sí tienen la capacidad de resolver la situación. Esto permitió no sólo fundamentar la necesidad de una consejería, sino también esclarecer los límites que quien estaba a cargo de la coordinación política territorial:

"Hoy el mecanismo tiene que ver con mandarles un mail, sacar un turno para que ellos puedan evaluar a las pacientes. Algunas pacientes nos toman, la mayoría no, pero hay un dispositivo -bueno, malo más o menos… No parece, pero para nosotros fue un paso más; porque la

contestación a las pacientes era que no, pero al menos eran escuchadas. Por lo menos se les garantizaba un espacio, que ya era más que esto de pasar al coordinador y saber que el coordinador no podía gestionar con nadie, que nadie le contestaba los teléfonos, no podía salir de ahí. Más allá de saber que era una negativa, nos generaba un alivio: sabíamos que no era con la persona que trabajamos".

La falta de experiencia del equipo de Cuidados Progresivos en actividades de consejería es percibida como un déficit que predispone a ese tipo de violencias*: "Consejería es un tema y son chicos que nunca hicieron consejería, ellos estarían como en la primera instancia que nosotros ya atravesamos. Hay que reconocerles a los compañeros del equipo de tercer nivel, que no tienen idea, una historia que es la misma que la nuestra"*. Por este motivo, en una de esas ocasiones les propusieron una instancia de acompañamiento en lLE: "*les dijimos: ´che, ustedes arrancaron como nosotras arrancamos hace un montón; no somos un equipo nuevo´. Les llevamos historias clínicas nuestras, se les explicó cómo hacer la consejería, estábamos a disposición*".

CAPÍTULO VIII: DISCUSION

Abordaremos la discusión de este trabajo en dos grandes partes. En un primer apartado, discutiremos algunos aspectos de la metodología utilizada, tanto en lo que hace a las técnicas de recolección de datos como a la presencia de la investigadora en este proceso. Estas decisiones obedecieron tanto al objetivo principal de este trabajo, como a las posibilidades y limitaciones dadas por el contexto. Asimismo, haremos una breve reseña sobre el clima político provincial y nacional tanto durante la implementación (hasta el año 2018), como en el proceso de elaboración de este trabajo (2018-2019), y los interrogantes que este nos generó.

En el segundo apartado, consideraremos los resultados de la investigación en ambos efectores: primeramente, nos enfocaremos en las particularidades de la provisión de la práctica –tanto a lo largo del proceso de implementación, como en el momento de la recolección de los datos. Luego revisaremos las estrategias desarrolladas en esos ámbitos para la implementación de la ILE. Asimismo, analizaremos algunas condiciones que facilitaron u obstaculizaron la implementación de la práctica, considerando tanto los cambios necesarios para ello, como la gestión de las tensiones entre conflicto y consenso. En este punto, nos detendremos en la revisión de aquellas que actuaron de manera ambigua en función de los actores y el contexto.

Finalmente, ensayaremos una serie de recomendaciones para la implementación de la ILE en los efectores hospitalarios de baja complejidad.

PRIMERA PARTE: LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. Investigación situada y la construcción de narrativas

En cuanto a los aspectos metodológicos de la investigación, queremos en este apartado problematizar dos aspectos: el rol de la investigadora en el trabajo de

campo, y la adaptación de las técnicas empleadas para la recolección de datos. Estas definiciones se relacionan con nuestro posicionamiento ético-político en relación al proceso de investigación, que considera la imposibilidad tanto de escindir sujeto y objeto de la investigación, como de producir conocimiento mediante la separación entre la ciencia, lo personal, y lo social/vincular (Fulladosa-Leal, 2015). Parte, además, de la intención de corporeizar en nuestras propias prácticas investigadoras, el efecto "difractivo" propuesto por Biglia & Bonet-Martí (2009:4): aportar una mirada situada, subjetiva, y experiencial del proceso indagado. En palabras de estas autoras:

> *"Cuando la luz se difracta no se reproducen imágenes auténticas del rayo luminoso original, sino que este es desviado y difuminado en distintos rayos modificados por el pasaje a través de los elementos. De manera equivalente, a través de la práctica difractiva en investigación, no se reproduce una imagen incontaminada y objetiva del proceso, sino diferentes narrativas subjetivas que no son solo el resultado de un proceso de transformación amplio, sino pueden ser la semilla de múltiples reconfiguraciones y lecturas por parte de otros agentes" (Biglia& Bonet-Martí, 2009:4)*

Asumimos que "la construcción de la narrativa supone siempre una ficción, un proceso de interpretación, en que hablante y narrativizador/a intervienen como sujetos productores de conocimiento (…) Por lo que el resultado final no es atribuible únicamente a la experticia de la investigadora, sino que es construido dialógicamente" (Biglia y Bonet-Martí, 2009). Es importante recordar, además, que abordamos este trabajo con la intención de generar "el proceso político de construcción de una autoría colectiva" (Onocko-Campos, 2011, 1282) sobre la implementación de la ILE en los hospitales seleccionados. Lejos estaba de nuestro interés, la intención de imponer un estatus de representatividad a partir de las historias generadas (Biglia& Bonet-Martí, 2009: 8). Por ese motivo, decidimos "poner a trabajar" desde un principio, en un proceso reflexivo, algunas particularidades propias del campo, generando –dentro de lo posible-

una instancia de diálogo a partir de la interacción en una situación próxima a la de la vida real. Pretendíamos así aproximarnos no sólo al modo en que relataban sus vivencias entramadas en una experiencia común, sino también a cómo se interrelacionaban en la discusión del tema (Miranda, Figueredo, Ferrer, Onocko-Campos, 2008. Freidin, 2016).

1.1. El rol de la investigadora en el trabajo de campo

En principio es necesario mencionar que las pertenencias, posturas y vínculos de la investigadora, eran conocidos por todxs lxs participantes: procuramos explicitarlos al principio del trabajo, para "dar pistas al lector sobre las condiciones que hicieron posible esa producción de material, y no otra" (Onocko-Campos, 2011: 1270). Coincidimos con Biglia& Bonet-Martí en que "las preguntas de la entrevistadora y su intervención en la escritura del texto no son ingenuas y contribuyen a conformar la narrativa en sí misma" (Biglia& Bonet-Martí, 2009: 7), lo cual conlleva el deber ético de "mostrar el andamiaje de pensamiento" (Castoriadis, citado por Onocko-Campos, 2011:1271). Esto nos permite problematizar no sólo la "objetividad" del conocimiento en general, sino también la del proceso de construcción de narrativas en particular, para enfatizar su carácter inestable e inacabado -y por lo tanto abierto a nuevos diálogos.

Ya desde un principio sabíamos que convocaríamos para esta indagación, a grupos con los que existía un vínculo previo; esto nos obligaba a considerar la responsabilidad moral y política de la decisión sobre la presencia o ausencia física de la investigadora en el trabajo de campo (Bonet-Martí, 2009: 3). Finalmente optamos por la primera alternativa, coincidiendo con el posicionamiento estratégicamente situado de esta investigación: en la frontera entre el activismo, la academia, y la profesión (Harding 1996; Haraway 1995, citadas por Biglia& Bonet-Martí, 2009:9). Nuestra intención no era "narrar historias ajenas" remarcando una distancia y una jerarquía de poderes, sino

asumir la *co-autoría* (Biglia& Bonet-Martí, 2009. Freidin, 2016) de "unas historias compartidas, pero no las únicas posibles" (Biglia& Bonet-Martí, 2009: 6). En palabras de Biglia& Bonet-Martí (2009: 3): "Responsabilidad, o mejor dicho, responsabilidades morales y políticas- que tenemos que estar dispuestas a aceptar desde la primera persona".

Por otra parte, diversas experiencias dan cuenta de las ventajas de que la conducción esté a cargo de quien conduce la pesquisa (Furtado, 2001; Figueiredo, 2006; Ferrer, 2007; Miranda Onocko-Campos, 2007; citadas por Miranda, Figueredo, Ferrer, Onocko-Campos, 2008:37). Debido a su involucramiento y conocimientos previos, su participación puede promover la focalización en aspectos de mayor interés, evitar dar relevancia a un tema que no lo es, o dejar pasar algún asunto importante (Morgan, 1997; cita por Miranda, Figueredo, Ferrer, Onocko-Campos, 2008:37).

Sin embargo, otros autores recomiendan la coordinación por parte de alguien no implicado con la temática a indagar, ya que esta familiaridad tanto entre las participantes como con la investigadora podría generar sesgos. Fundamentalmente, debido a las dificultades para producir un efecto de extrañamiento en relación a la realidad analizada (ser "indio entre los indios", en términos de Onocko-Campos, 2011: 1271), o a la influencia entre lxs participantes, de los ámbitos de pertenencia de la entrevistadora. La ausencia de una mirada externa sobre la comunicación no verbal y las características de la interacción con/de la moderadora, constituyen una debilidad del presente trabajo.

1.2. La presencia del contexto en la producción del texto: adaptación de las técnicas empleadas para la recolección de datos

Las técnicas empleadas para la recolección de datos son otro punto a problematizar, ya que no ignorábamos las implicancias personales y organizacionales de interpelar relaciones de poder establecidas en el vínculo

entre lo individual y lo colectivo, en el contexto de una política incipiente y que ha generado una gran resistencia. Por esos motivos, decidimos adaptar el diseño del estudio a las condiciones del entorno y a las posibilidades formales de la entrada en terreno, reduciendo además su rigor metodológico en pos de no perder de vista nuestro objetivo general.

En principio, cabe recordar que nuestra intención no era entrevistar individualmente a lxs trabajadorxs que proveen la práctica (incluso a pesar de que la guía de preguntas incluía algunos aspectos personales), sino recuperar su percepción como colectivo sobre la experiencia de implementación de la ILE. Tampoco nos orientaba la búsqueda de de significados "latentes" -aún sin negar la existencia de esos significados (Onocko-Campos, 2011: 1269)- sino la intención de dar cuenta de lo manifiesto (Onocko-Campos, 2011: 1276), co-responsabilizándonos con nuestros sujetos de investigación en la producción del texto. Partiendo de estas premisas, la adaptación de la investigación al contexto implicó fundamentalmente reconocer nuestras limitaciones ante el retiro del apoyo político para la entrada en las instituciones, y el límite que nos marcaba la decisión de las personas objetoras de no participar del estudio.

Habiendo constatado los obstáculos políticos existentes, optamos por evitar fricciones que pudieran hacer fracasar el proyecto y/o generar problemas para otras personas. En el plano operativo, resolvimos que la convocatoria se realizaría sólo a quienes tenían un compromiso sostenido y explícito con la provisión de la ILE tanto en Santo Tomé como en Recreo, que las entrevistas serían coordinadas únicamente por la entrevistadora, y que para el desarrollo de las narrativas nos atendríamos a los registros fonográficos. De esta manera nos proponíamos preservar a quienes -oponiéndose a la decisión de otras áreas de la gestión- participaron y/o abrieron la puerta de la institución, así como evitar involucrar a personas externas a ella.

Las características de lxs entrevistadxs, en términos de homogeneidad o heterogeneidad, también se adecuaron a los propósitos de la investigación y las

posibilidades del contexto (Miranda, Figueredo, Ferrer, y Onocko-Campos, 2008: 39). Se priorizó la homogeneidad en base a la vinculación a la institución, el posicionamiento con relación a la obligatoriedad de garantizar la práctica, y la percepción de pertenecer a un equipo. Todxs lxs entrevistadxs formaban parte de un equipo de trabajo con vínculos de familiaridad y camaradería, que se sentía identificado con el servicio y participaba en el proceso de atención de ILE: estas características implicaban riesgos y también ventajas.

Por un lado, esa homogeneidad nos posibilitaba "que los relatos de los participantes se conecten con experiencias compartidas, generando mayor resonancia e interés y la evocación colectiva" (Freidin, 2016: 7), y una mejor interacción en pos de la construcción de consensos con relación a esas experiencias (Prieto Rodríguez y March Cerdá, 2002. Miranda, Figueredo, Ferrer, Onocko-Campos, 2008. Onocko-Campos, 2011. Freidin, 2016). De esta manera, era más factible que las ideas esbozadas por el grupo puedan ser atribuidas a este.

Las similitudes entre lxs participantes también propiciaban un clima de confianza y seguridad que podría reducir los eventuales costos subjetivos de la auto-evaluación y la revisión de posicionamientos (Miranda, Ferrer, Figueiredo, Onocko Campos, 2008: 39). En el contexto de una práctica estigmatizada y resistida, este es un aspecto que lxs mismxs participantes destacaban en relación con el trabajo del equipo. Sin embargo, en el hospital de Recreo, es posible que la presencia del director, si bien otorgó legitimidad a la participación de lxs integrantes del equipo (en la ILE y en la investigación), también haya contribuido a sesgar las diferencias de opiniones.

La homogeneidad, sin embargo, implicaba el riesgo de "reproducir [los] acuerdos tácitos sobre lo que decir y no decir" presente en las interacciones cotidianas, tal como advierte Gondim (2002, citada por Miranda, Ferre, Figueiredo, Onocko- Campos, 2008: 39). Es posible que algunos de esos acuerdos hayan sido compartidos también por la investigadora, debido a las

características e intereses comunes entre ella y lxs participantes. En este sentido, la presencia de un/a observador/a externa hubiera podido ayudar a poner en discusión estos “puntos ciegos”.

A fin de reducir el sesgo dado por la homogeneidad, en ambos grupos se procuró mantener –con más o menos éxito- cierto nivel de diversidad en relación al género, profesión, y tiempo de vinculación con la institución (Tabla 1),para complejizar la mirada con relación al objeto de estudio.

Por otra parte, la entrevista individual no era adecuada para poder reconstruir el relato a partir de las experiencias compartidas, ya que se focaliza en la experiencia personal, implica una expresión de la subjetividad más plena y menos consensuada, y el sujeto se plasma en la continua presencia de un “yo” (Gordo López & Serrano Pascual, 2008: 159). Esto nos llevó a decidir la realización de entrevistas en duplas en Santo Tomé, donde la entrada formal a la institución no fue posible debido a la ausencia de respuesta de la dirección.

Por último, consideramos que sería muy enriquecedor completar la información recabada, no sólo con otras voces sino también con observaciones en terreno sobre el modo en que se lleva adelante la práctica en esos efectores. Debido tanto a las dificultades surgidas en el transcurso de la investigación, como a la confidencialidad que requiere la atención, no nos pareció pertinente ni viable plantear dichas alternativas en esta oportunidad.

2. El contexto político: algunas consideraciones sobre su efecto en el proceso de investigación

La implementación de la ILE en los efectores públicos provinciales surge y evoluciona en el marco de un gran dinamismo político tanto a nivel provincial como nacional, cuyas fluctuaciones han condicionado no sólo ese proceso, sino también nuestras posibilidades durante la investigación. Por ese motivo

consideramos necesario revisarlo brevemente en este apartado, incorporando además algunos interrogantes que surgen a partir de esa revisión.

Desde el nivel central de la gestión provincial, el proceso de implementación comienza a impulsarse durante el primer gobierno socialista. Este se mantuvo durante tres períodos consecutivos (2007 al 2019), y su primer año de gestión coincidió con el episodio de tortura y muerte de Ana María Acevedo y su hija en el hospital J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe (2007).

En el ámbito nacional, entre los años 2007 y 2015 estuvo acompañado por la consolidación de un marco normativo que impulsó diversas políticas en materia de derechos sexuales; y la promoción de protocolos para la atención de aborto no punible/ ILE. Sin embargo, los últimos tres años (2015-2019) estuvieron signados por un gobierno de orientación neoliberal que recortó políticas públicas con un gran retraimiento de la presencia del Estado, y facilitó el avance de grupos antiderechos en los espacios legislativos.

Un hecho de relevancia fue, durante el año 2018, la presentación (por séptima vez) de un proyecto de ley para la despenalización y legalización del aborto voluntario[53] elaborado por la Campaña por el Derecho al Aborto Seguro, Legal y Gratuito. Su tratamiento fue acompañado a nivel nacional por un debate en las cámaras legislativas, que instaló fuertemente el tema en la sociedad, y se desarrolló (y televisó) a lo largo de tres meses con la participación de más de 700 especialistas “a favor” y “en contra” del proyecto. A pesar del masivo apoyo social, el proyecto fue impugnado finalmente en la Cámara de Senadores, en junio de 2018.

[53] El proyecto planteaba eliminar la tipificación del aborto como delito -y la figura de “aborto no punible”- del Código Penal (despenalizar), para evitar que se pueda condenar a la mujer por interrumpir su embarazo. La posibilidad de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se extendía hasta las 14 semanas de edad gestacional (y en base a causales a partir de ese momento), planteando además la intervención médica como derecho de la persona gestante. El objetivo de este proyecto no era sólo la despenalización sino, principalmente, la legalización de la práctica, que obliga al Estado a proveer los recursos, procedimientos y estructuras necesarias para garantizar la ILE tanto en el medio público como en el privado.

El debate tuvo amplia repercusión a nivel nacional e internacional, generó innumerables acciones de visibilidad activista ("Pañuelazos"), y convocó a millones de personas en las calles –tanto para respaldarlo como para repudiarlo. Tal efervescencia impulsó la consolidación y expansión del movimiento feminista[54] en su demanda por el reconocimiento del derecho al aborto, entramado con (y fortalecido por) la pugna por la visibilización de la violencia patriarcal en diversos órdenes[55]. Dejando como saldo, además, la explicitación en la arena política, de los intereses y cabildeos de las organizaciones confesionales.

En cuanto a esta investigación, la elaboración y presentación del proyecto se dio en un contexto mayormente hostil a la práctica, debido -como mencionáramos- al avance neoliberal y conservador en los distintos niveles del estado y en los medios de comunicación. El desarrollo de este trabajo en términos académicos comienza a fines del año 2016, y la autorización para la entrada en terreno se solicitó en 2017. Si bien esta fue denegada durante el mes de noviembre[56], la efectiva entrada en terreno, meses después, nos encontró en medio del debate por la legalización del acceso al aborto, con el tema instalado en todos los ámbitos y la "Marea Verde" tomando las calles y las redes para respaldarlo, y una marcada y explícita (naturalización de la) polarización de opiniones.para realizar la investigación en el ámbito institucional.

El procesamiento e interpretación de la información se hicieron durante el 2018-2019 (y su revisión y ampliación, durante el 2020). Esta última etapa se desarrolló en un marco de redefinición de la legitimidad de la práctica,

[54] Denominado "Marea verde", por su magnitud y por el color que distingue a la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito

[55] En el año 2015 surgió el colectivo Ni Una Menos, como movimiento de protesta frente a la violencia contra las mujeres (y el feminicidio) .

[56] Contrastando, paradójicamente, con el apoyo explícito de la Comisión Nacional de Investigación para la Salud, mediante una beca "Abraham Sonis" destinada al desarrollo de esta pesquisa.

tensionada entre el rechazo del proyecto de ley, por un lado, y la fuerte instalación del tema en la opinión pública, por otro. Los comentarios de lxs entrevistadxs dan cuenta del impacto de estas fluctuaciones políticas en las características del proceso de implementación de la ILE. Tanto de la sensación de "salir de la clandestinidad" al momento en que el activismo comienza a cobrar fuerza, como de la confusión –e incluso, retroceso- que generó el rechazo del proyecto de ley entre los planteles de salud.

La temporalidad de la investigación también nos generó interrogantes en relación al proceso reflexivo que este requiere, y a los aprendizajes que promueve. ¿Cómo impactaron esas transformaciones, en el interés político y las posibilidades concretas de sumar otros actores al relato? ¿Qué narrativas podemos construir hoy, a escasos años del primer esbozo de este trabajo, "ahora que sí nos ven"?. En un contexto de alto dinamismo político: ¿cómo separar cada momento histórico, de la manera en que se piensa, aprende y aplica el conocimiento? ¿Es posible dejar de lado en cada nuevo análisis del material, las nuevas perspectivas generadas por las modificaciones del contexto? ¿Es pertinente incorporar nuevas indagaciones, o retomar otras que en su momento no fueron posibles debido a las condiciones existentes? ¿Cómo proceder con las nuevas preguntas que estas modificaciones generan? En definitiva: ¿Cómo dar cuenta en una formulación escrita, del continuo diálogo entre las distintas etapas de una investigación, y del que cada una de ellas establece entre sí y con su momento histórico?

SEGUNDA PARTE: LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ILE EN HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DEL GRAN SANTA FE

Las narrativas elaboradas dan cuenta de que en los hospitales a los que pertenecían los equipos entrevistados, la ILE estuvo explícitamente avalada por

sus autoridades, en un contexto político de apoyo gubernamental. Su posicionamiento frente a la práctica se encuadraba en el derecho a la salud, y percibían su rol como garantes de ese derecho, valorando positivamente su participación en la práctica. Sin embargo, ese posicionamiento se fue constituyendo de manera paulatina a lo largo de los años. De acuerdo con sus percepciones, esto impactó en la provisión de la práctica, que se fue modificando a lo largo del tiempo.

En este párrafo recuperaremos algunas particularidades de la atención de ILE en cada efector y momento de la implementación, revisaremos las estrategias empleadas para promover el proceso, y reflexionaremos sobre condiciones que lo dificultaron y que lo impulsaron.

1. Particularidades de la provisión de la práctica en los efectores analizados

Los equipos entrevistados fueron modificando su postura ante la ILE a lo largo de diferentes etapas durante el proceso de implementación. Desde un dispar apoyo personal al aborto por causales (algunxs incluso considerándose objetorxs), se fueron comprometiendo hasta ser, al momento del estudio, "el equipo que acompaña ILE" en el efector. Dicho proceso fue catalizado por la exposición a situaciones "sensibilizadoras" más o menos dramáticas: el contacto con mujeres que acudían solicitando la práctica o con complicaciones por abortos inseguros, la muerte de Ana María Acevedo, o el vínculo con compañerxs que realizaban ILE.

Sin embargo, estudios realizados en los servicios de gineco-obstetricia[57] de hospitales públicos argentinos, revelan que los planteles de tocoginecología

[57] Situación que se evidencia también en el posicionamiento de referentes de esta especialidad en el contexto indagado. En nuestro país, la Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO) en

evidencian una actitud mayormente negativa hacia quien decide interrumpir la gestación (Ramos,Gogna, Petracci, Szulik; 2001; 2014. Carril, López Gómez; 2007. López Gómez, Carril; 2010. Castro, Ervitti; 2015. López Gómez, 2016). A pesar de que estxs profesionales cuentan con un conocimiento bastante preciso del marco legal vigente (Ramos et al, 2014: 5), atribuyen a cuestiones legales el hecho de que los médicos no provean abortos (Ramos et al, 2014: 7).

Con todo, López Gómez (2016) advierte que "disponer de conocimiento legal y técnico es condición para el involucramiento de los profesionales, pero no resuelve per se la aceptación del aborto, ni una atención de calidad" (2016: 57). En su revisión de la literatura científica latinoamericana sobre el tema entre 2009-2014, dicha autora releva que uno de los motivos de la irregular implementación de los protocolos técnicos y normativas -aun cuando estos sean conocidos por lxs profesionales- reside en la compleja relación entre (i) legalidad e (i) legitimidad del aborto legal. La remoción de las habituales dificultades de lxs profesionales de la salud para proveer la práctica exige más bien examinar "cómo se define o se construye el objeto de intervención profesional" (López Gómez; 2016: 68).

Nuestrxs entrevistadxs mencionaron reiteradamente la importancia del fallo F.A.L. del 2012 en la generación de condiciones para la implementación de la práctica. Este ha incrementado su legitimidad en los ámbitos relevados: propició la incorporación de otras disciplinas (además de la medicina) en la valoración de la situación, clarificó las condiciones para la aplicación de las causales, y –lo que es más importante- puso en primer plano la decisión de la persona gestante. Aún así, dicho fallo no ha cambiado sustancialmente la situación

---

teoría ha apoyado el acceso a la ILE adhiriendo a los lineamientos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Sin embargo, su presidente en ese momento (Dr Samuel Seireff), era abiertamente objetor, y obstruyó sistemáticamente el acceso a la ILE desde su rol de director del servicio de Tocoginecología del Hospital J.B. Iturraspe de esta ciudad (referente en la especialidad para el centro-norte provincial). (ver en Capítulo 2 de este trabajo: *5.2. Las resistencias en el ámbito hospitalario)*

legal del aborto en Argentina: no hubo leyes nuevas que modificaran sustancialmente las existentes, y este aún seguía incluido en el Código Penal.

Otro aspecto que definió la relación entre (i)legitimidad e (i)legalidad a lo largo del proceso de implementación en estas instituciones, fueron las decisiones políticas que se apoyaron en el fallo F.A.L. y dieron visibilidad a la experiencia de quienes ya venían realizando la ILE. Esas decisiones se constituyeron en "hitos" de apoyo explícito e impulsaron la transformación en las condiciones de provisión de la práctica. A continuación, nos explayaremos más en estos aspectos.

1.1. De la clandestinidad a la legitimidad: conquistando espacios (y derechos)

La provisión de abortos no es nueva en el sistema de salud de la región; sin embargo, una serie de situaciones generaron un incremento paulatino de su legitimidad a lo largo de diferentes etapas que se reiteran en las narrativas de ambos grupos.

Aún antes del Fallo F.A.L., las personas entrevistadas tenían información sobre la práctica[58] y conocían colegas que la realizaban en el medio privado, desde un lugar de *"clandestinidad"*. Esta *"clandestinidad"* implicaba el acompañamiento de situaciones puntuales en un contexto donde, aún en los lugares más progresistas, *"no se podía ni hablar del tema"*. La falta de formación en el tema, el tabú, y la ausencia de apoyo explícito, generaba en los equipos la percepción de estar actuando en los límites de la legalidad (Fernández Vázquez, 2017).

[58]El misoprostol se utiliza frecuentemente en el ámbito obstétrico (por ejemplo, para el tratamiento de la hemorragia post parto) y su efecto abortivo es conocido desde hace más de veinte años. Por otra parte, la técnica de legrado (que aún se sigue usando en nuestro medio) puede ser aplicada por cualquier persona adecuadamente entrenada en la práctica y con los recursos necesarios.

A partir del posicionamiento de algunas autoridades (Secretaria de Salud) y el conocimiento de experiencias de implementación en otras provincias, la ILE comienza a proveerse en el ámbito público a través de "*médicos amigables*". Estos eran más bien "activistas internos" (Mc Reynolds-Pérez, 2017: 95): sujetos concretos que actuaban a nivel institucional de manera aislada, realizando la práctica de manera informal, *"sin mucha claridad sobre los límites"* legales y/o técnicos. Sobre ellos recaía el peso de la decisión de acompañar la ILE, y su sensación era de desprotección ante cualquier dificultad que surgiera.

Por otra parte, aún entre esos *"médicxs amigables"*, el posicionamiento frente a la práctica estaba signado por la correlación entre "el embarazo-maternidad como ´hecho natural´ y el aborto-no deseo de hijo como su contracara, ´práctica antinatural´"(López Gómez; 2016: 68), lo cual lxs llevaba a desarrollar estrategias para manipular la decisión de las personas gestantes. De ello dan cuenta las entrevistadas de Santo Tomé, cuando mencionan que *"hace 10 años quizás les preguntábamos a las pacientes: ´che, vos estás segura que no querés seguir teniendo este bebé?´ y ´¿pensaste en todas las posibilidades?´"*. La consideración negativa de la práctica conllevaba además la invisibilización de los sentimientos de alivio luego de la interrupción de un embarazo no deseado, algo que es habitual en el testimonio de muchas personas que solicitan ILE (Faúndes & Barzelatto, 2011). En el equipo de Recreo, por caso, esta consideración se vislumbra en el personal de enfermería (donde *"el 99% son objetores"),* que sostiene que "*ninguna* [usuaria] *viene contenta a hacerse la práctica* [de ILE]", lo cual justifica un trato diferencial *"entre algodones".*

A pesar de las debilidades mencionadas, existían en nuestro contexto algunas referencias simbólicas que permitían disputar sentidos con relación a la necesidad de incorporar la ILE entre las prácticas de salud (MSN, 2010), como el dramatismo del caso de Ana María Acevedo, pero también el posicionamiento favorable de la Secretaria de Salud. La obligatoriedad de la declaración frente a la objeción de conciencia generó además la idea de estar

en desventaja respecto al personal no objetor, deslegitimando de algún modo a quienes se negaban a realizar la práctica[59].

Otro soporte para la provisión de la práctica en el ámbito local, fueron las estrategias desarrolladas en Buenos Aires y Rosario para la implementación de la ILE. Entre ellas, nuestrxs entrevistadxs destacan las consejerías pre y post aborto de la provincia de Buenos Aires (Mc Reynolds-Pérez, 2017. Fernández Vázquez, 2017, 2016), y las experiencias de consejería en la ciudad de Rosario (Ferrara, 2016), que permitieron la reducción de la morbi-mortalidad por abortos inseguros en un contexto de legalidad restringida en términos operativos (Dos so, 2013). Estos espacios se nutrieron, a su vez, de la experiencia del modelo uruguayo en la atención pre y post aborto(Carril y López Gómez; 2007. López Gómez, 2010; 2015; 2016).

En el caso de Santo Tomé, es clara la referencia al "Modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro", tomada a su vez de colegas de Buenos Aires. Dicho modelo, de probada efectividad para disminuir la mortalidad materna por ese motivo en un contexto legal restrictivo, fue implementado en centros de salud de Uruguay desde el año 2001, y aceptado para ser usada en los países donde el aborto es ilegal (OPS, 2012). Incorporado posteriormente en Argentina, dio lugar a.

Al semejanza de lo ocurrido en Buenos Aires, las "consejerías pre y post aborto" (Vázquez et al, 2006: 5) se fueron consolidando en el contexto local como "políticas difusas": acciones estatales no planificadas sino desarrolladas por iniciativa individual de profesionales de la salud, que percibían el problema, lo definían, y daban respuesta con los recursos con que contaban (Fernández Vázquez, 2017). También aquí, esta acción se vio reforzada posteriormente por decisiones gubernamentales concretas –como capacitaciones sobre ILE,

[59] Es posible que este haya sido también uno de los motivos de la negación de lxsobjetorxs para participar de este estudio.

incorporación de médicos profesionales entrenadxs, e implementación de la AMEU (Matías, Trumper, Orchuela, Fures; 2016).

La experiencia de Rosario fue asimismo relevante para los equipos locales. En la provincia de Santa Fe, ese municipio fue pionero en la incorporación de la ILE a las atenciones sanitarias. La ordenanza elaborada en conjunto con el Movimiento de Mujeres Autoconvocadas de Rosario impulsó a el primer protocolo de atención de ILE en el año 2007, facilitando la provisión de la práctica en la consejería del Hospital Roque Sáenz Peña (Ferrara, 2016).

La experiencia adquirida a partir de la provisión de la ILE en condiciones de clandestinidad y los intercambios con colegas de otras regiones, se consolidó en los efectores de Recreo y Santo Tomé en una segunda etapa signada por la visibilización del tema a nivel institucional. El posicionamiento menos restrictivo del fallo F.A.L. alentó a las autoridades a impulsar el Protocolo del Ministerio de Salud de la Nación[60]. Dicho aval se plasmó en un primer hito en el proceso de implementación: los espacios de discusión impulsados desde la gestión central –Santo Tomé- o desde las autoridades del efector –Recreo. En esas capacitaciones entre los planteles de salud, se dio visibilidad a quienes tenían conocimientos y/o alguna experiencia en el acompañamiento de equipos que realizaban la práctica (Santo Tomé), incrementando la circulación del tema *"por fuera de las paredes del consultorio"*. También la introducción de la objeción de conciencia permitió que el aborto saliera de su lugar de tabú (algo que desarrollaremos más adelante) y circulara como un tema entre los equipos de salud.

En ese momento, el acceso a la ILE estaba respaldado por un marco normativo nacional (permisos del Código Penal), el aval provincial al protocolo de Aborto No Punible del MSN, y resoluciones que regulaban la objeción de conciencia. Sin embargo, a semejanza de la estrategia sanitaria de atención pre y post

[60] "Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles" (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2007) al cual la provincia adhirió en el 2012.

aborto en Uruguay, era una “política de baja intensidad” (López Gómez, 2016). La provisión de la práctica estaba acotada a escasos servicios y separada de otras prestaciones en salud sexual; y eran deficitarias la protocolización de la atención en base a las causales, la difusión entre la población general, y el monitoreo por la autoridad sanitaria (López Gómez, 2016: 24). Si bien el presente trabajo se ha focalizado fundamentalmente en la indagación de los dos primeros aspectos (provisión y protocolización) en los efectores seleccionados, el conocimiento de los procesos de evaluación y difusión de esta política aportaría un panorama más integral a la comprensión de su implementación.

Otro hito fue la formalización del apoyo del ministerio a las autoridades institucionales al momento de implementar la práctica. Tanto en el caso de Recreo (frente a la obstaculización en el laboratorio) como en el de Santo Tomé (ante la denuncia en la sala de internación), este respaldo se percibió como la posibilidad a nivel institucional, de *“una contraofensiva”* frente al discurso y las acciones de obstrucción de personas anti-derechos. La definición de las autoridades a favor de quienes realizaban la ILE *“puso en jaque lo legal y lo ilegal”* y permitió consolidar la confianza de estos equipos.

La legitimación institucional de la consulta sobre ILE llevó a su integración en espacios de consulta: de ser una actividad informal y solapada, la consejería se constituyó como espacio visible, a cargo de personal idóneo y con conocimientos teórico-prácticos sobre el tema, en un horario y lugar definidos. En Santo Tomé, este espacio surgió como exigencia del colegiado local para dar respuesta de manera más ágil; en Recreo, se visibilizó como parte de las prácticas del consultorio de salud integral de la mujer. Asimismo, en cada institución la implementación se consolidó con el apoyo del área de Administración. Este fue crucial para destinar recursos financieros a la adquisición de insumos específicos con fondos de cada hospital: tanto el misoprostol, como -en el caso de Recreo- los inodoros portátiles que permitieron adecuar el espacio de internación.

1.2. La provisión de ILE en la actualidad

Al año 2018, momento de realización de este trabajo, la provisión de la práctica estaba instalada tanto en los espacios de consulta como de internación de ambos hospitales. Lxs usuarixs llegaban por sus propios medios, acompañadxs por las organizaciones o referenciadxs de otros efectores; el ingreso se realizaba por admisión o a partir de otros consultorios (Trabajo Social, Guardia, Ginecología); la consejería estaba a cargo de personal entrenado y desde aquí se agilizaba el acceso a ecografía y misoprostol, y se definía la internación. Este proceso de atención era claro y conocido por todxs -a pesar de la resistencia que aún presentaba parte del plantel de enfermería.

La consejería era un dispositivo que funcionaba como puerta de entrada al sistema de salud de las personas que solicitan una ILE en los dos efectores relevados. Este dispositivo se estableció en ambos lugares con la finalidad de superar los obstáculos generados por el estigma y el tabú en torno a la práctica, fundamentalmente en hospitales de mayor complejidad, pero también en los centros de salud. A diferencia de otras situaciones de salud, la influencia del posicionamiento personal en la evaluación de los criterios clínicos dificultaba la articulación con otras áreas y niveles de complejidad. Por ello, los mayores inconvenientes para la *hospitalización* de la ILE, tanto en estos efectores como en otros de mayor complejidad, eran de índole ideológica.

La incorporación de la ILE a los espacios de consulta sobre salud sexual ("consejerías"; MSN, 2010) permitió superar algunos de esos obstáculos. Por un lado, facilitó la intervención oportuna e integral –ya sea mediante la atención directa o referencia a otro efector-, y la prevención y abordaje precoz de complicaciones. Por otro, permitió visibilizar e integrar la práctica al trabajo en otros servicios (Guardia, Ginecología, Internación) y a la atención en efectores de primer nivel.

La sustentabilidad de la ILE se apoyaba en tres pilares: el posicionamiento favorable de las autoridades institucionales y ministeriales; la posibilidad de

contar con personal entrenado y acceder a recursos específicos (misoprostol, ecografía, internación); y la protocolización de las intervenciones a través del desarrollo de herramientas clínicas (historia clínica), informativas (hoja de recomendaciones para la mujer), y de gestión ("recursero" con datos de otros efectores a los que contra/referenciar).

La realización de la ILE farmacológica en internación fue posible mediante la readecuación de los espacios (con inodoros portátiles y cama para acompañante), el personal (contar con profesionales de guardia que garanticen la práctica) y/o la oportuna sanción de situaciones contrarias al marco legal. Sin embargo, estos equipos se encontraban con grandes dificultades para articular una respuesta con el tercer nivel ante una ILE de segundo trimestre o frente a complicaciones.

Además de los obstáculos existentes en el tercer nivel, las debilidades de la implementación parecían estribar, en ese momento, en la centralización de la ILE de manera ambulatoria en el hospital de segundo nivel. Esto generaba la "des-responsabilización" de otros actores que debían proveer la práctica de manera ambulatoria, desdibujando además el perfil profesional del hospital general –orientado a la resolución de situaciones que requieren internación.

Tales desventajas fueron sorteadas en parte a través de la intervención activa de estos equipos para la generación y fortalecimiento de las redes de atención con el primer nivel. En Recreo, el recursero permitía contrarreferenciar a las pacientes a efectores más próximos a sus domicilios. En Santo Tomé, el acompañamiento desde la consejería a equipos de primer nivel permitió el involucramiento de estos en la realización de la práctica. En ambos

En el efector de Recreo, la consejería surge como integración del consultorio de Medicina General y el de Salud de la Mujer, y su interacción con otros equipos se daba a través de la contra/referencia para la atención ambulatoria de la ILE. A diferencia de Santo Tomé, no se mencionó aquí la intención de abrir el espacio para la rotación de otrxs trabajadorxs, ni de sostenerlo a nivel

institucional. Situación que, aunada a la falta de personal con dedicación exclusiva, reforzaba más aún su carácter de “paliativo”.

Por el contrario, en Santo Tomé, la existencia de un espacio de consejería que posibilitaba la ILE en el hospital, se percibió más como una conquista de espacios, y se consolidó como estrategia transversal de fortalecimiento territorial y de formación del personal de salud. Esto se plasmó en la decisión de institucionalizar este espacio –avalada por el colegiado- y la existencia de una profesional a cargo. Además, este se transformó en un espacio de rotación obligatoria para estudiantes de pre y post grado –y eventualmente, de entrenamiento específico para equipos de tercer nivel; también se apuntó a la “descentralización” de las actividades de acompañamiento con/entre efectores de primer nivel. Las entrevistadas de este hospital se mostraron además altamente satisfechas con el desarrollo de herramientas específicas -clínicas y de gestión- a partir de esos intercambios.

A pesar de estas diferencias, cierta sensación de aislamiento perduraba en ambos grupos: entre el personal de Recreo, vinculada a la percepción de “ser el único” que daba respuesta; en Santo Tomé, a la de “clandestinidad”. Resultaba llamativa la contradicción entre estas expresiones y el reconocimiento por esos mismos equipos tanto de un “recursero” –un listado de otros efectores que sí acompañan ILE- como del apoyo político e institucional para la realización de la ILE. Si bien no eran objetivos de este trabajo, hubiera sido interesante indagar los orígenes y el desarrollo de estas percepciones, y de qué manera estas influyeron tanto en la consolidación de una identidad grupal (“saber que no sos el único”), como en las estrategias desarrolladas en cada efector para la implementación de la práctica (“médicxs amigables”).

2. Estrategias desarrolladas a nivel local para la implementación de la ILE

Los equipos entrevistados desplegaron distintas intervenciones de modo sistemático para promover la implementación de la ILE. Siguiendo la taxonomía de Powel et al (2012), consideramos tres tipos de estrategia de implementación, de acuerdo con su complejidad: discretas o simples, cuando se orientan a un solo tipo de proceso (por ejemplo, recurseros); múltiples (*multifaceted),* representada por dos o más estrategias discretas (colegiados, donde se realizaban actividades de formación pero también de gestión; y otras que, como en el caso de las consejerías, incorporaban múltiples estrategias a través de una intervención protocolizada (*blended*) (Powell et al, 2012; Proctor, Powell, McMillen, 2013).

En los contextos relevados, algunas estrategias que involucraron un solo proceso o acción –estrategias simples (Powel et al, 2012)- fueron: la hoja de instrucciones para la mujer (pensada como material informativo/ educativo), el trabajo de sensibilización con el Consejo de Administración para la adquisición de los recursos necesarios, o la centralización de la asistencia técnica ("matriciar" otros equipos desde la consejería de Santo Tomé) para la gestión de la calidad de la atención.

En ambos efectores los procesos de implementación se basaron, sin embargo, en el desarrollo de estrategias mayormente de tipo mixto (*blended)*, integradas por estrategias simples, y orientadas a remover diversas barreras en múltiples niveles -de planificación, educacionales, y de reestructuración (Powell et al, 2012). Los procesos de gestión de calidad, y la incidencia en el contexto político, fueron apuntalados de manera indirecta por estrategias orientadas principalmente a la planificación. Por ejemplo: la gestión de calidad del proceso de atención fue reforzada por la incorporación de la ILE como tema en las entrevistas de ingreso (en Recreo), el sostenimiento del colegiado local (en Santo Tomé), y las eventuales sanciones administrativas, que también

incidieron en el contexto político al modificar las obligaciones y las condiciones de acreditación y pertenencia de los grupos de interés.

Otras intervenciones impactaron en diferentes aspectos de un mismo proceso; por ejemplo, la discusión de la objeción de conciencia (un aspecto que será profundizado posteriormente) permitió recabar información para la planificación, pero también identificar liderazgos, e incidió en la aceptabilidad de la práctica.

En Santo Tomé, el desarrollo del colegiado, en tanto espacio de encuentro de equipos de implementación para compartir conocimientos, fue la estrategia con mayor nivel de complejidad, ya que facilitó la planificación y la educación entre pares, pero también incidió en la reestructuración del proceso de atención y –en menor medida- facilitó la gestión de calidad.

A fin de facilitar su comprensión, en las Tablas 2 y 3 presentaremos una sistematización de las estrategias mixtas mencionadas por los equipos, a partir de las propuestas de Powell et al (2012) y Proctor, Powell &McMillen (2013). Siguiendo a estos autores, asignaremos estas intervenciones a alguno de los procesos globales en que se encuadraron prioritariamente, además de nombrarlas, definirlas, y especificar sus destinatarixs (“¿Para quiénes?”), ejecutores (“¿Quiénes?”), y acciones desarrolladas (“¿Qué?”).

Tabla 2: **Estrategias de planificación para la implementación de la ILE en los hospitales de segundo nivel de Recreo y Santo Tomé hasta el año 2018**

Proceso fortalecido	PLANIFICACIÓN: Recabar información- Construir aceptabilidad- Iniciar liderazgos - Desarrollar relaciones estratégicas					
1. NOMBRE DE LA ESTRATE-GIA	**ILE como tema en las entrevistas de ingreso (Recreo)**	**Discusión del Protocolo en reuniones de equipo**	**Sostenimiento del colegiado local (Santo Tomé)**	**Sanciones administrativas (Santo Tomé)**	**Objeción de Conciencia *informada***	**Intercambio con colegas de otros ámbitos**
2. DEFINI-CIÓN DE LA ESTRATE-GIA	*Incorporación de la ILE como tema de conocimiento obligatorio en las entrevistas laborales*	*Revisión de los aspectos técnico-legales y operativos de la implementación en reuniones con integrantes del plantel institucional*	*Autogestión de un espacio de colegiado integrado por planteles de efectores locales*	*Sanción administrativa ante la obstaculización del procedimiento*	*Discusión de los alcances e implicancias de la declaración jurada de Objeción de Conciencia*	*Consulta con residentes de otras provincias y colegas de otros efectores*
3. ESPECI FI-CACIÓN **Para quiénes?**	Ingresantes al plantel de la institución	Plantel de distintos servicios del efector (trabajo social, medicina, residencias, diagnóstico por imágenes, laboratorio, enfermería, personal de limpieza, administrac	Personal que implementa la práctica	Personas que obstaculizaron el acceso a la práctica	Plantel del efector	Personal que implementa la práctica

		ión, farmacia).				
Quiénes?	Autoridades de la institución	Autoridades del efector. Eventualmente autoridad ministerial	Personal que implementa la práctica Autoridades del efector. Coordinación política territorial. Eventualmente, autoridad ministerial	Autoridades del efector. Autoridades del Ministerio de Salud	Autoridades del efector. Eventualmente, autoridad ministerial	Residentes
Qué?	Relevar el conocimiento del tema. Identificar y preparar personal idóneo	Promover la reflexión colectiva sobre las características de la ILE. Posibilitar la discusión y resolución de las implicancias de la ILE a nivel operativo.	Convocar y sostener de manera autogestiva, encuentros periódicos de un organismo colegiado integrado por planteles de efectores locales	Sanciona a quienes denunciaron a una paciente y al personal que la acompañaba en la realización de la práctica	Revisar las obligaciones profesionales ante la solicitud de ILE	Intercambiar información con colegas que desarrollan experiencias de implementación en otros ámbitos

Fuente: elaboración propia

Tabla 3: **Estrategias de educación y reestructuración para la implementación de la ILE en los hospitales de segundo nivel de Recreo y Santo Tomé hasta el año 2018**

Proceso fortalecido	**EDUCACIÓN:** Asesoramiento continuo. Desarrollo de encuentros de formación, visitas educativas en los ámbitos de la práctica, formación en servicio.		**REESTRUCTURACION:** Restructuración de equipos, roles profesionales, equipamientos y espacios físicos			
1. NOMBRE DE LA ESTRAT E-GIA	**Rotación por espacios de consejería (Santo Tomé)**	**Capacitación en servicio y entre pares**	**Habilita-ción de un espacio de Consejería**	**Desarrollo de herramien -tas específicas (Santo Tomé)**	**Adecuación de los espacios de internación (Recreo)**	**Adqui-sición de recur-sos espe-cíficos**
2. DEFINI-CIÓN	*Participación obligatoria de estudiantes en actividades de consejería*	*Acompañamiento durante las diversas etapas de realización de la práctica*	*Espacio de consulta donde se realiza ILE en el marco de la atención de consultas sobre salud sexual*	*Desarrollo de una historia clínica específica, un recursero con datos sobre los efectores que acompañan la práctica, y una hoja de indicaciones para la persona que se realiza ILE*	*Internación en habitaciones individuales con lugar para el/la acompañante, con inodoro portátil*	*Adquisición de misoprostol, y de inodoros portátiles para los espacios de internación (Recreo)*
3. ESPECIFI-CACIÓN **Para quiénes?**	Estudiantes de carreras vinculadas a la salud	Residentes Planteles de otros efectores	Personas que necesitan acceder a una ILE, y sus	Personal que realiza la práctica. Personas que solicitan	Personas que atraviesan una ILE, y sus acompaña	Personas que atraviesan una ILE, y sus

	Residentes		acompañantes. Personal de otros servicios y efectores que no se encuentran en condiciones de responder a la solicitud de ILE (referencia)	una ILE	ntes	acompañantes. Personal del Área de internación. Farmacia.
Quiénes?	Equipo a cargo de la consejería Instructoras/es de residentes Autoridades del efector.	Equipo a cargo de la consejería Instructoras/es de residentes	Personal asistencial (medicina, trabajo social). Personal administrativo (admisión). Autoridades del efector.	Planteles de diversos efectores que realizan la práctica, (colegiado)	Autoridades del área de internación Autoridades del efector.	Autoridades del efector. Consejo de Administración.
Qué?	Facilitar la incorporación de la perspectiva de género e integrali-da en la consulta en Salud Sexual. Posibilitar el contacto con las necesidad	Entrenar en aspectos operativos de la provisión de la ILE. Incrementar la confianza de los equipos. Acompañar y contener a nivel subjetivo a	Proveer ILE durante el primer trimestre. Garantizar la atención por parte de personal entrenado Agilizar la referencia desde/hacia otros	Agilizar la recolección de datos específicos sobre la práctica. Proveer información sobre el procedimiento a la persona gestante. Sistematizar informació	Facilitar el acompañamiento y contención de quienes se realizan una ILE. Incrementar la privacidad. Facilitar el retiro de los restos	Adecuar las habitaciones donde se internan situaciones de ILE Proveer misoprostol de manera gratuita

	es y motivos de quienes solicitan una ILE	quien realiza la práctica. Evacuar de dudas técnico-legales durante la intervención.	efectores. Entrenar en la práctica (Santo Tomé)	n sobre efectores para la referencia y contra-rreferencia.		

Fuente: elaboración propia

En cuanto al impacto de esas intervenciones en las tecnologías utilizadas en el proceso de atención, este parece haber sido mayor en las tecnologías relacionales y en la protocolización de la atención. De acuerdo con la clasificación que propone Emerson Mehry (2006), estas tecnologías pueden ser blandas o relacionales (procesos de protección, vínculo y responsabilización), blandas-duras (saberes estructurados, como la clínica y la epidemiología) y duras (Instrumentos y equipamientos). En las narrativas de los equipos que implementaron la práctica, fueron particularmente valoradas las tecnologías blandas y blandas-duras: la experiencia en actividades de consejería (Santo Tomé), las reuniones de equipo (Recreo), y los diferentes espacios de capacitación y co-gestión.

En cuanto a las tecnologías duras (misoprostol, ecografía, inodoros portátiles, recursero) cuya disponibilidad fue crucial en el proceso de implementación, es posible que en contextos como los relevados, el acceso a ellas sea menos problemático. En los ámbitos hospitalarios existe mayor agilidad en el acceso a los medicamentos y a los estudios por imágenes, se dispone de un capital propio que permite la adquisición de insumos específicos, y la comunicación con otros espacios es más centralizada. Sin embargo, el acceso a las tecnologías duras probablemente esté condicionado también por el posicionamiento de las autoridades institucionales. A fin de profundizar en este interrogante, sería interesante relevar la disponibilidad de esos recursos en el

primer nivel de atención, donde no se cuenta con ellos “in situ”, o en otros hospitales cuyas autoridades no necesariamente están de acuerdo con la implementación de la ILE.

Por otra parte, para el financiamiento de los insumos o el personal necesario, las estrategias estuvieron basadas en el reclamo colectivo (por parte de las organizaciones feministas y lxs trabajadorxs) a las autoridades institucionales y/o a las áreas institucionales a cargo del manejo de los fondos (Consejo de Administración). La indagación en profundidad de este aspecto en las áreas directamente vinculadas con el financiamiento, seguramente podrá brindarnos más información sobre la sustentabilidad económica de esta política.

Por último, cabe destacar la mención de ambos equipos, de la influencia y/o participación de aliados externos -como las organizaciones feministas- en la implementación de la ILE; si bien, en el caso de lxs usuarixs y sus familiares, esta participación quedó reducida a un lugar pasivo de destinatarixs de los cuidados en el ámbito de la consulta y la internación. Estos son aspectos en los cuales amerita profundizar, para avanzar en la comprensión de la construcción de legitimidad en estos efectores.

3. Condiciones que facilitaron y obstaculizaron la implementación

En este apartado analizaremos algunas condiciones organizacionales que influenciaron en el proceso de implementación en estos efectores. Para ello tomaremos las hipótesis de Van Meter y Van Horn (en Aguilar Villanueva, 1996:115), quienes proponen que los dos factores más relevantes en la implementación son la magnitud del cambio requerido y el consenso de lxs participantes en torno de las metas. Nos detendremos aquí en tres particularidades que –además de la decisión política- generaron las condiciones para el cambio necesario y la construcción de consensos en torno a este proceso. Ellas son: la gestión del silencio en torno a la práctica; las

características de los ámbitos de formación; y la legitimación del disenso a través de la objeción de conciencia.

3.1. Una transformación paulatina: procesos previos y relaciones de poder

De acuerdo a Van Meter y Van Horn (en Aguilar Villanueva, 1996), la magnitud del cambio necesario para implementar una intervención debe valorarse en función a dos aspectos. El primero de estos es la semejanza entre la intervención a implementar, y situaciones anteriores**:** la respuesta será mejor si los actores de la implementación ya estuvieran involucrados o tuvieran experiencia en circunstancias similares. El segundo es que la implementación será más ágil si las relaciones entre los actores no se vieran modificadas drásticamente (Van Meter &Van Horn, 1996).

En cuanto al antecedente de intervenciones similares, en el caso de la ILE existían no sólo actores que ya venían realizando la práctica de manera eventual, sino también lógicas de trabajo que facilitaron la implementación. En ambas instituciones, la provisión de ILE se entramó en dinámicas de trabajo interdisciplinario que facilitaron la comprensión de las causales y el abordaje integral de cada situación. Si bien existieron conflictos con algunos sectores (laboratorio, ginecología, y ecografía), esto no impidió la realización ambulatoria de la práctica.

Tal como lo mencionamos en el primer apartado, al momento en que la ILE *"se empieza a hacer visible"* y *su implementación es enunciada* por las autoridades, en ambos efectores ya existían profesionales posicionadxs en la perspectiva de derechos y con alguna experiencia en el tema. Más aún en el hospital de Recreo, donde lxs mismxs participantes reconocen que el proceso de implementación estuvo sustentado en una historia institucional vinculada a la garantía de los derechos sexuales y a las organizaciones civiles que los reivindicaban, así como a la implementación de otras prácticas estigmatizadas o rechazadas por otros efectores. También la referente del equipo de Santo Tomé

contaba con esa experiencia, ya que su formación como residente había sido en el efector de Recreo.

La existencia de residencias fue un aspecto relevante en relación con los cambios, tanto en lo que hace a su rol en la institución, como a los valores que apuntalaron la formación de quienes hoy realizan la práctica. La residencia era un espacio desde el cual habitualmente se impulsaban cambios en las prácticas en salud: tanto *"poner una caja de preservativos en la sala de espera"*, como la provisión de ILE, fueron producto de los intercambios con otrxs residentes que venían impulsando experiencias novedosas.

En cuanto a las relaciones entre los actores, existe una robusta evidencia de que las resistencias ante el aborto legal se vinculan a "las convicciones morales, los sistemas de valores, los estereotipos y las preconcepciones construidos socialmente e incorporados subjetivamente" (López Gómez; 2016: 68). En ese sentido, una formación profesional encuadrada en el orden patriarcal y apuntalada en "las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico" (Castro, 2014: 2), se vincula a una mirada negativa sobre la práctica y a la incapacidad de sostener emocionalmente a las personas que abortan (López Gómez; 2016; Castro Ervitti, 2015).

Nuestrxs estrevistadxs identifican la contención emocional, como un hecho fundamental para una provisión de la ILE que supere "la fragmentación entre la biología, subjetividad y sociabilidad" (Campos, 1997:7). Al centrarse en el vínculo, el acompañamiento -tanto en la formación como en la provisión de la práctica-, posibilitó una clínica centrada en el sujeto (Campos, 1997) y la generación de "espacios de acogimiento, responsabilidad y vínculo (…) de diálogo y escucha, de complicidades y responsabilidades" (Terenzi Seixas; Merhy; StaevieBaduy; Slomp Junior; 2016: 122)

En estas residencias, el entrenamiento de quienes no habían tenido ninguna formación en ILE, se entramó en una ética del cuidado vinculada a la

“solidaridad, empatía, cuidado de sí misma y de los otros y otras” (Cortés Ramírez y Parra Alfonso; 2009: 204). Las entrevistadas dan cuenta de este acompañamiento, tanto como residentes como desde su lugar de instructoras, y luego durante su relación con las personas que solicitaban la ILE, y otros equipos. Durante su formación, al contactar por primera vez con situaciones de ILE se sintieron protegidas frente al sufrimiento emocional. Posteriormente, desde su rol de instructoras, cuidaban y acompañaban a quienes se sentían interpeladxs por la práctica. Asimismo, en su actitud hacia equipos con limitaciones formativas, se consideraban a disposición para facilitarles nuevos saberes y acompañarlos en su aprendizaje.

La *“formación en consejería”* fue la manifestación pedagógica de una práctica feminista basada en “el acto revolucionario de escuchar las narrativas de las mujeres con embarazos no deseados” (Mc Reynolds-Pérez J.; 2017: 100). Allí donde la falta de conocimiento sólo dejó *“sufrimiento, incertidumbre, no saber”*, la apertura a la escucha y el intercambio con colegas, estudiantes y pacientes, posibilitó una transformación de la mirada centrada en el poder médico hacia otra basada en los derechos de lxs usuarixs. El equipo de Santo Tomé da cuenta de este proceso cuando reconoce que la vulneración de derechos por parte del equipo de otro hospitales se vincula a que *“consejería es un tema, y son chicos que nunca tuvieron formación en consejería”*.

Van Meter y Van Horn conjeturan además que la implementación será más efectiva cuando los vínculos entre los actores se modifiquen sólo de modo marginal y no en profundidad (Van Meter &Van Horn, en Aguilar Villanueva, 1993). Es decir, cuando el proceso no requiera ninguna reorganización drástica de las relaciones. Tal hipótesis, se constata en las diferentes dificultades surgidas para la provisión de ILE de manera ambulatoria, y aquellas debidas a su realización en el área de internación.

En cuanto a la interrupción ambulatoria con misoprostol, a partir de la visibilización de la implementación, en Recreo se siguió proveyendo en un

consultorio preexistente ("*de Medicina General*") sólo que con una visibilidad creciente. En Santo Tomé, si bien fue necesaria la habilitación de un espacio de consejería, este fue el corolario de la experiencia previa en provisión informal de la práctica *"en el pasillo, al lado de la Virgencita"*: su atención se mantuvo a cargo de la misma persona, y se conservó la forma de trabajo (con residentes e integrando diversas disciplinas). En este sentido, la dinámica de no "salir del consultorio" posibilitó avanzar lentamente en la consolidación de la práctica.

En el área de internación, sin embargo, las disputas fueron más marcadas, y exigieron la intervención de las autoridades ministeriales, e incluso sanciones administrativas. La implementación de la ILE en internación, exigió la negociación con otrxs profesionales del área médica y de enfermería -pero también personal de servicio general- y la reorganización de los procesos de atención y del espacio físico *(*revisar quién está de guardia para garantizar la continuidad del tratamiento, definir a quién le corresponde constatar la expulsión, acondicionar las habitaciones).

En ambos efectores, las tensiones aún no fueron resueltas, en principio, con el personal de enfermería (en Recreo "el 99% es objetor", en Santo Tomé "no llevan el misoprostol"), pero tampoco con otras áreas. ¿Cómo modificó la ILE las relaciones entre los actores en el ámbito de la internación? ¿Qué poderes interpeló? ¿Qué conflictos de poder dejó en evidencia? No nos es posible responder a esos interrogantes sin contar con las voces de otros actores; sin embargo, cabe conjeturar que uno de los motivos haya sido la modificación de las relaciones entre quienes definen las causales y quienes realizan la práctica.

Ante situaciones complejas, la intervención de diferentes servicios y efectores exige mínimamente la discusión de los aspectos clínicos en un plano de igualdad; no sólo con equipos de diferente estatus técnico sino, sobre todo, con la persona interesada. La interrupción de una gestación en el marco de los DDSSRR, no es sólo una decisión técnica de orden clínico atribuible a profesionales de la salud: constituye, fundamentalmente, un derecho de la

persona gestante, quien define la práctica junto al equipo que la asiste. En el caso de la referencia desde estos hospitales generales hacia el tercer nivel, las diferencias de criterio en relación a la determinación de las causales, y la imposición de una doble autoridad médica técnico-moral (Schraiber, 2010), son uno de los mayores obstáculos.

La ILE invierte los términos del poder habituales en otras situaciones de salud, donde la última palabra en relación al tratamiento corresponde al efector que posee la complejidad técnica requerida. Esto contradice las jerarquías de clase, género y estatus encarnadas en el *habitus* médico autoritario (Castro &Ervitti, 2015). Pero también interpela el doble carácter técnico-moral de las prácticas en salud, dejando en evidencia que la autonomía técnico-profesional en la relación al conocimiento y al poder, posibilita afirmar o negar las dimensiones sociales, culturales, y ético-políticas de su accionar (Schraiber, 2010). Cabe preguntarse aquí, por las implicancias políticas de las jerarquías inherentes a los términos “mayor complejidad” y “menor complejidad” con que se identifica a efectores hospitalarios de tercer nivel, en el primer caso, y a hospitales generales y centros de salud, en el segundo. ¿A qué “complejidad” se refieren estas categorías? ¿En qué medida da cuenta esta definición, de una atención de calidad –fundamentalmente en cuanto a la valoración adecuada de los aspectos sociosubjetivos, la celeridad requerida por la ILE, la importancia de la confidencialidad? ¿Qué complejidad cabe a una atención más próxima a la población y sus realidades? ¿Qué valoración hace el personal de los distintos niveles dentro del sistema de salud, de estas complejidades y especificidades? ¿Cómo influye esta valoración, en la percepción de su rol y del impacto de sus prácticas en el trabajo de otros efectores?

3. 2. Construcción de consenso: autoridades y equipos entre el silencio y la objeción de conciencia

El segundo de los factores determinantes en el éxito o fracaso del proceso de implementación es el grado de consenso /conflicto: Van Meter y Van Horn (en Aguilar Villanueva, 1993) plantean que el posicionamiento de funcionarios y líderes puede ser determinante en el resultado de la implementación. Asimismo, que la participación de lxs responsables de la implementación es relevante para la generación de consensos en torno a las metas.

En cuanto al posicionamiento de líderes y funcionarios, en principio es de destacar que, a nivel nacional y provincial, existía desde el año 2009 un marco normativo que daba cuenta del apoyo a la práctica por causales. Además, la Federación Argentina de Medicina General y Familiar (a la que pertenecen la mayoría de lxs médicxs entrevistadxs) había tenido un abierto y rápido apoyo al proyecto de ley de la interrupción voluntaria del embarazo presentado en el 2018. A nivel local, las autoridades políticas territoriales e institucionales de los ámbitos relevados, acompañaron también el proceso de implementación.

En cuanto a la participación de lxs responsables de la implementación, Van Meter y Van Horn mencionan que esta promueve el buen espíritu de equipo, genera mayor compromiso, facilita la comprensión de las razones de la innovación, y reduce la resistencia inicial (van Meter y va Horn, en Aguilar Villanueva, 1993:6). Por su parte, Johnson y May (2015), sostienen la importancia de la acción colectiva para generar una *reestructura relacional* que permita la legitimación de nuevas normas operativas a través de la experiencia. Para estos autores, la transformación de las conductas profesionales en el ámbito de la salud se asocia no sólo a las intervenciones formativas orientadas a la persuasión y la comprensión, sino también a la modificación operativa de los procesos de trabajo. Ambos factores –formativo y operativo- deben crear un conjunto de reglas coherentes y legítimas cuya implementación se vuelva parte del cotidiano, donde los individuos sean alentados a replicar actividades y conductas comunes a sus pares.

Los *espacios para pensar* generados mediante la gestión colectiva (colegiado en Santo Tomé) o impulsados por las autoridades hospitalarias (reuniones de equipo en Recreo), actuaron en este sentido, generando lo que Gastão Wagner de Sousa Campos (2005; 2009) conceptualiza bajo el término de "efecto paideia": circulación de afectos, democratización del conocimiento, y horizontalización del poder. De este modo, operaron como dispositivos para la generación de acuerdos en torno a un proceso de atención cuya complejidad deja en evidencia una vez más que el mapa no es el territorio. Sin embargo, sería interesante indagar el impacto de estos espacios en la lógica organizacional, y su capacidad instituyente de formas más democráticas de ordenamiento, de gestión, y de atención. ¿En qué medida ha modificado la distribución del poder en otros espacios y equipos? ¿Cómo impactó esta modalidad de trabajo en las posibilidades de implementación de otras políticas? ¿De qué manera influyó en calidad de la atención, y en la satisfacción laboral de otrxs participantes? ¿Qué mecanismos institucionales ofrecen condiciones de capilaridad para la permeación de estas lógicas hacia otros niveles de atención?

En los apartados siguientes nos interesa discutir dos aspectos que fueron relevantes tanto en el posicionamiento de las figuras de autoridad, como en la participación de los planteles en la implementación. Estos aspectos son la utilización del silencio con relación a la ILE, y la gestión de la objeción de conciencia, dos elementos cuyo su rol ha sido ambiguo en la construcción de consensos. El modo en que estos se administraron, en algunas ocasiones incrementó la resistencia a la práctica y en otras su legitimidad e integración a las demás prestaciones; pero también permitió a algunos actores sustraerse al debate para mantener un statu-quo propio del sistema de salud.

3.2.1. La ambigüedad político-discursiva del silencio en torno al aborto

Uno de los aspectos más importantes de la implementación, fue la decisión política de explicitar al aborto no punible entre las prácticas brindadas dentro del sistema de salud. Esto dejó en evidencia no sólo que las interrupciones se realizaban, sino fundamentalmente, la existencia de una "política del silencio" en torno al aborto.

La "política del silencio" (Molina y Vedia, S; 1990: 141. Orlandi, 1996) sugiere una situación paradojal -"decir sin decir"- que no puede ser resuelta únicamente a través de las palabras. Alude a aquello de lo decible que está prohibido decir: lo que es censurado para prohibir su circulación, o sustituido por otra formación discursiva para "apagar los sentidos de lo que se quiere evitar" (Molina y Vedia, S; 1990: 143-144). La ambigüedad del silencio permite que las palabras sean interpretadas desde el marco cognitivo del receptor (Orlandi, E; 1996); su presencia implica la necesidad de sentido, ya que "lo no formulable (o lo no formulado) *significa"* (Orlandi, 2001: 260). La interpretación subjetiva de este silencio desplaza al plano de lo subjetivo/moral aquello que es patrimonio de lo normativo/político.

A lo largo del proceso de implementación, los efectos de la "política del silencio" en relación a la práctica se manifestaron en las tensiones entre ocultar y proteger, y en las dificultades para resolver las frecuentes discordancias entre los planos discursivo, normativo y operativo. Estas contradicciones se manifestaban en la falta de apoyo político en otros niveles del sistema de salud ("*cuando pensás en el tercer nivel, tenés que pensar en la Secretaría de Salud de Tercer Nivel; y ahí se corta"*) y reducían a la norma a una finalidad meramente "*meramente declamativa".* En los planos discursivo y operativo, otras manifestaciones de esta política fueron el silencio estigmatizante vinculado al "tabú", el uso del término "ILE" para sustituir la palabra "aborto", y la clandestinidad como ámbito de resistencia.

Diakité alude al "tabú" con el término "silenciación", ya que no representa la ausencia de palabras en general[61], sino una forma de expresión de la "alteridad conflictiva" (Diakité; 2013: 78), una divergencia entre actores vinculados por una disputa de sentido social. Según ese autor, la "silenciación" hace a la vez a una operación -el "llamar a silencio"- y a los medios de su realización –silenciamiento; así como al producto de esta operación -silenciar/se (Diakité; ibídem). En su fondo existe "la expresión de un desacuerdo por el cual la materialidad lingüística es omitida" (Diakité; 2013:73).

La generación de un silencio estigmatizante en torno al aborto (Kumar, Hessini& Mitchell, 2009. Harris, 2011; Harris, Martin, Debbink, Hassinger, 2013) constituye un buen ejemplo de esa alteridad conflictiva, ya que implica una respuesta al desafío que representa la práctica para el orden biomédico y patriarcal. Ese silencio opera en base a dos paradojas: la "paradoja de la prevalencia" y la "paradoja de legitimidad" (Kumar, Hessini& Mitchell, 2009. Harris, 2011. Harris, Martin, Debbink, Hassinger, 2013). En la experiencia de los equipos relevados, estas constituyeron, junto a la violencia institucional, dos de los obstáculos más importantes al momento de proveer la práctica.

La "paradoja de la prevalencia" (Kumar, citado por Harris, Martin, Debbink, Hassinger, 2013: 14) es generada por la percepción erróneamente baja de la frecuencia con que el aborto es decidido por las mujeres, y el desconocimiento de la asiduidad con que se provee la práctica. Esta situación se trasluce en la experiencia de los equipos relevados, ante la sorpresa de quienes se encontraron por primera vez con que *"esto (la interrupción de la gestación) se hacía"* en un efector público, y la sensación de que su explicitación *"puso en evidencia a la salud pública"*; pero también se evidenció en las dificultades para acceder a datos concretos en relación a quiénes, dónde y cómo proveen la práctica.

[61] El silencio que no es visto en su negatividad: el silencio fundador (Orlandi. 2001), aquel que circula entre las palabras y las atraviesa, generando las condiciones para significar.

Por su parte, la "paradoja de legitimidad" (Harris, Martin, Debbink, Hassinger, 2013) se relaciona a la idea de peligrosidad de la práctica, y soslaya que esta es practicada por personal altamente entrenado, es efectiva para disminuir la morbimortalidad de las mujeres, y cuenta con un fuerte respaldo académico y científico[62]. Esta "paradoja de legitimidad" alimenta la idea de que las complicaciones del aborto médico son peores que las de otras prácticas obstétricas (por caso, el aborto espontáneo), debido a su "mayor peligrosidad", y otorgan a estas un sentido punitivo para lxs profesionales que la proveen (Harris, Martin, Debbink, Hassinger, 2013:13). En el caso de nuestrxs entrevistadxs, se asociaba a la sensación de desamparo ante eventuales complicaciones ("*si pasaba algo, nadie te iba a ayudar*").

A nivel institucional, la "política del silencio" en relación al aborto, permitió en parte que la palabra siga su curso y los sujetos continúen dialogando a través de las fronteras del sentido, más allá de -y con- sus diferencias (Orlandi, E; 1996). Sin embargo, los argumentos opuestos a la ILE se consolidaban y reproducían a través del *tabú* (Gutiérrez; 2003), generando obstáculos concretos en el acceso a la salud.

Como efecto complementario al silenciamiento estigmatizante del "tabú", la idea de "clandestinidad" (herencia histórica de los gobiernos dictatoriales)[63], alude a las condiciones de anonimato y ocultamiento necesarias para resistir a un discurso hegemónico. Su utilidad político-discursiva radica en que sirve producir una resistencia vinculada a la acción de callar, una "abstención de actuar verbalmente" (Molina y Vedia, S; 1990: 144) que genera la suspensión de los sentidos. La clandestinidad ligada al silenciamiento del aborto entraña la existencia de una situación de opresión, pero también a un saberse-silenciadx.

[62]Además de otros marcadores de legitimidad habituales en la comunidad médica: tiene programas de entrenamiento, ámbitos de publicación, un fuerte corpus teórico, y abundante literatura científica (Harris, Martin, Debbink, Hassinger, 2013: 14).

[63] Este término es frecuentemente usado en nuestro país por las *activistas internas* que apoyan el aborto legal (Fernández Vázquez, 2017,p. 7).

Desde ese lugar, quienes acompañan la ILE fueron desarrollando su experticia como "médicxs amigables": autodidactas, ocultxs, anónimxs, trabajando en la privacidad del consultorio, y sabiéndose en peligro de ser denunciadxs.

"*Salir de la clandestinidad*" implicó integrar esas prácticas en el ámbito público y trabajar articuladamente con otros efectores y colegas. Este proceso generó una pérdida de autonomía, pero incrementó la sensación de respaldo por parte de colegas y autoridades. ¿Qué rol tuvieron, en la brecha entre clandestinidad y legitimidad, los actores externos al sistema de salud?. La indagación en profundidad de esta pregunta trasciende las posibilidades de esta investigación. Pero la sensación de apoyo de las entrevistadas "*cuando vienen las pacientes con los pañuelos verdes"* (un símbolo de la lucha por la legalización de la práctica), es un indicio de su relevancia.

Por último, queremos analizar la relación entre la "política del silencio", y la (estratégica) sustitución del término "aborto provocado", por ILE. A lo largo de las entrevistas, el aborto se mencionó mayormente para aludir a diagnósticos médicos (aborto séptico, complicado, incompleto), al estigma ("ahí hacen abortos") o a la controversia (estar a favor o en contra del aborto); mientras que "ILE" se utilizaba en relación con el proceso de atención y las capacitaciones. Además, la frecuente sustitución del género -"la" ILE, por "el" ILE-, probablemente enmascare el uso del término "ILE" a modo de eufemismo para referirse al aborto. Los problemas de hablar de "Interrupción Legal del Embarazo" en vez de "aborto", son evidentes a la luz de los debates actuales ("cesárea no es ILE"): en las gestaciones avanzadas, la interrupción de la gestación no preserva a las mujeres de una maternidad forzada.

En los ámbitos relevados, los actores que promovieron la implementación hicieron visible lo invisible e instalaron lo no dicho en el discurso del silencio: quién realizaba la práctica, cómo, dónde, y a qué costo. Sin embargo, en lo que hace al posicionamiento gubernamental, al año 2019 no existía información oficial y pública sobre estos aspectos ni piezas comunicacionales ministeriales

sobre consejerías y/o lugares donde acceder de manera segura. Tampoco fue posible acceder a esa información para la elaboración de este trabajo.

La visibilización permitió interpelar la posición de "clandestinidad" de quienes realizaban la práctica en el ámbito público. Sin embargo, la ambigüedad político-discursiva aún no estaba resuelta: cierto equilibrio de fuerzas se evidenciaba en la posibilidad de *objetarse*[64]. La objeción de conciencia, vinculada –al igual que la "clandestinidad"- al "silencio que significa" (Orlandi, 2001, p 258), ofrecía la posibilidad de actuar "suspendiendo la palabra" (Rall 1992: 173). Dicha herramienta operaba como estrategia de resistencia de los grupos opuestos a esta política, que a través de ella pudieron sustraerse al diálogo en un contexto donde no había consenso sobre la legitimidad capaz de inclinar la balanza del discurso en algún sentido.

3.2.2. La (des) regulación de la objeción de conciencia: conflicto, consenso, y el mantenimiento del statu quo

La implementación del acceso a la ILE, implicó poner en palabras lo no dicho generando un conflicto discursivo entre grupos de interés. Este conflicto se manifestó de diferentes maneras: como *disputa*, *discusión*, o *controversia* (Diakité, 2013). La primera implicó un enfrentamiento de tipo irracional y emocional entre posturas altamente polarizadas, sin método ni voluntad de acuerdos ("diálogo de sordos"), asociada al hostigamiento entre "objetores" y "no objetores", acicateado en Recreo por la Iglesia Católica y en Santo Tomé por parte del plantel. La discusión en espacios de reflexión y con la intervención de las autoridades, permitió superar la disputa a través de una solución racional que preservara el proceso de atención. En otros casos, sin embargo, la polarización se consolidó como *controversia* (Diakité, 2013), una forma de conflicto racional que, sin ser irresoluble como la disputa, ni solucionable como

[64] Expresión utilizada por una participante de Santo Tomé para referirse a la decisión de los objetores de "sustraerse" de la práctica de ILE a través de la objeción.

la discusión, implica divergencias profundas, abiertas y no conclusivas. La objeción de conciencia permitió en un primer momento instalar la discusión sobre el tema, generando además la idea de "desventaja" para quienes objetaran. Sin embargo, su desregulación consolidó la polarización de opiniones en diferencias no resueltas, llevando el debate al plano de la controversia (Diakité, 2013). Dicha controversia se mantuvo fundamentalmente en los sectores de enfermería, y en menor medida en las residencias y el laboratorio.

Para Chantal Moufée (2016), la democracia moderna exige la legitimación del conflicto a fin de que este no lleve a un antagonismo entre enemigos, sino que se transforme en una lucha entre adversarios en torno a un consenso; es decir, un "pluralismo agonista" (Moufée, Ch; 2004: 186). Dicho modelo democrático estará ligado, entonces, al modo en que se gestione el conflicto entre intereses divergentes: la generación de un "consenso conflictivo" (Mouffée Ch; 2016: 27) donde debe existir entre ambos oponentes un acatamiento de las reglas y procedimientos legales y de los principios de libertad e igualdad. El antagonismo, en este caso, no será eliminado sino sublimado. En un sentido similar, Noble considera positiva la coexistencia de opiniones divergentes en el proceso de implementación de una política, ya que "cierto grado de disenso contribuye a crear un entorno más saludable y tomar decisiones más estratégicas" (Noble C, 1999: 121, 124). Notando, en cambio que el consenso total puede promover un "espíritu de grupo" que obture las opiniones individuales.

En el contexto analizado, la posibilidad de objetar la práctica por razones de conciencia permitió plasmar el conflicto entre intereses personales y derechos colectivos, en dos categorías mutuamente excluyentes y previamente inexistentes en el ámbito sanitario: objetores, y no objetores. Dos grupos cuyas posiciones – "en contra" y "a favor" de "la ILE"[65]- aparentemente los situaban en la bisagra entre dos paradigmas normativo-asistenciales: el tutelar, respaldado

[65] El término utilizado en el formulario de declaración jurada era en realidad Aborto No Punible (ANP).

en el poder biomédico, y el de derechos, sostenido en los avances legales y teóricos de las últimas tres décadas[66].

Sin embargo, la investigación dejó en evidencia una serie de complejidades instaladas en la tensión conflicto-consenso, que nos permite respaldar la potencialidad de la objeción para posibilitar acuerdos en torno al proceso de atención.

En principio, las posturas de objetores y no objetores no eran tan irreconciliables, y el uso de esta herramienta no fue *per se* un obstáculo para la ejecución de esa política. En el marco de espacios colectivos de reflexión, la intervención de las autoridades permitió generar acuerdos que zanjaron las diferencias entre ambos grupos para preservar el proceso de atención.

Por otro lado, la polarización de posturas operó más bien como táctica de grupos opositores a esta política, soslayando el verdadero problema que presenta la objeción: su utilización para obstruir la práctica, debida a su escasa o nula regulación. A continuación, ampliaremos estas afirmaciones.

En cuanto al primer punto: en un contexto político-normativo favorable a la ILE, la posibilidad de objetar no ha sido un obstáculo en sí misma. De hecho, los equipos relevados vienen realizando la práctica de manera sostenida desde hace más de dos años, en convivencia con posturas contrarias. Más aún, varixs de sus integrantes eran, en un principio, objetorxs "por desconocimiento", lo hacían "sin saber qué objetaban". En esos casos, el apoyo de las autoridades y la discusión de los motivos y alcances de la objeción, permitió desarticular el silencio estigmatizante y formarse en los aspectos técnico-normativos de la ILE.

El conocimiento en profundidad de las prácticas pasibles de ser realizadas en el ámbito sanitario, así como de las implicancias de la objeción, generó una "objeción de conciencia informada". A través de las discusiones en equipo, los

[66] Marcadamente fortalecido, además, a partir de los avances normativos de la última década en materia de derechos sexuales.

planteles fueron partícipes en el proceso de implementación (Van Meter y Van Horn, 1996), con lo cual algunxs profesionales que se consideraban inicialmente objetores, accedieron posteriormente a realizar la práctica. Otrxs, sin embargo, decidieron objetar*(se)* a causa de dificultades personales genuinas; estos "objetores de buena fe" constituían un grupo inestable y dinámico, y no eran vistos como "***enemigos"*** ya que respetaban la decisión de quien decidía interrumpir la gestación, y garantizaban la atención sin entorpecerla.

Sin embargo, al momento de reorganizar el proceso de atención, la generación de un "acuerdo de no agresión" requirió mucho más que una declaración jurada o la publicación de un registro de objetores: demandó un rol activo de las autoridades. Muchas objeciones respondían a la percepción de un débil apoyo gerencial a la implementación de la ILE, y se fundaban en la necesidad de preservarse ante una eventual consecuencia de la práctica o la intención de no problematizar posturas ideológicas contrarias el derecho a la salud. Por ese motivo, la intervención de las autoridades –exigiendo la participación de los objetores en las discusiones, interviniendo ante conflictos, o sancionando situaciones irregulares- actuó como factor ordenador de las relaciones entre los distintos grupos (Johnson y May, 2015), instalando la legitimidad del lado de quienes actuaban en consonancia con el marco legal.

En ese contexto, la regulación de la objeción de conciencia generó condiciones de posibilidad para la convivencia del consenso y el disenso; preservando desacuerdos que además de legítimos, son indispensables para una democracia pluralista (Moufée, Ch; 2004). Su incorporación como elemento legal, permitió sortear la discusión de valores individuales espirituales o morales no negociables, y sublimar el desacuerdo evitando que el inicial antagonismo entre objetores y no objetores se estancara en torno a la figura de enemigos absolutos e identidades esencialistas.

Por el contrario, la polarización de posturas operó como táctica de grupos opositores a los derechos sexuales para desalentar la regulación de la objeción, soslayando el verdadero problema que esta presenta: su utilización para obstruir el acceso a prácticas legales. En el proceso de implementación de la ILE, el abuso de esta herramienta fue un modo de confrontación promovido por sectores reaccionarios (organizaciones financiadas por la iglesia católica, grupos corporativos), que facilitó el sostenimiento del histórico "pacto de silencio" en torno al aborto, la paradoja de su (i) legitimidad y el desconocimiento con relación a su prevalencia.

La verdadera amenaza para las mujeres, los equipos y la política pública, no han sido en sí los objetores, sino la desregulación de la objeción, y la consiguiente clausura de la problematización –mediante la sola firma del formulario- de lógicas institucionales que atentan contra los derechos humanos. En un contexto de insuficiente conocimiento técnico-normativo sobre las prácticas vinculadas a la salud sexual, esta desregulación implicaba dos peligros. Por un lado, promovía el ejercicio masivo, informal y/o arbitrario de la objeción ("de palabra" o "según el caso"), y la inclusión de personas que no participan directamente en la práctica (laboratorio). Por otro lado, desacreditaba la interpelación de las diversas formas de violencia institucional[67]contra las personas que abortan y quienes las acompañan, tensionando los límites de legitimidad de una política pública.

El ejercicio de la violencia institucional se vinculaba a su vez con la definición de una subcategoría al interior del grupo de objetores: los *obstaculizadores*. A diferencia de lxs objetorxs de conciencia, los "obstructorxs a conciencia" ejercían diversas formas de violencia más o menos evidente, de manera voluntaria y sostenida, contra las personas gestantes y/o los equipos que las

[67] Una compañera activista definió en pocas palabras la magnitud de este problema: "es el folklore de la salud pública". Tal afirmación en relación a la violencia institucional se correlaciona con el argumento de las autoridades de que "no pasa sólo con ILE", habitualmente esgrimido para minimizar estos reclamos.

acompañan. Desde el maltrato verbal y físico y la negligencia ante situaciones de peligro, hasta diversas formas de silencio (ocultar información), estos "obstructorxs a conciencia" entorpecían el proceso y obligan a desplegar estrategias y subterfugios para sortearlos. Tales situaciones, si bien se daban en distintos ámbitos, adquirían ribetes de gravedad en el tercer nivel por el peligro que implicaba para la vida de las mujeres, y la sensación de desamparo que generaba en los equipos.

La falta de acompañamiento en ámbitos gubernamentales que supuestamente respaldaban esta práctica, se percibía como un *laissez faire* ante los límites políticos de estos actores, y reforzaba el "doble carácter técnico-moral" (Schraiber, LB; 2010) de las prácticas sanitarias. El "silencio que significa" (Orlandi, 2001) de algunxs funcionarixs y líderes, era evidente ante la violencia laboral hacia quienes acompañaban la ILE, y el incremento del riesgo obstétrico debido a argumentos personales y de orden moral. Tales situaciones daban cuenta de la debilidad del consenso sobre el derecho a la salud y la soberanía reproductiva de las personas con capacidad de gestar, y las dificultades aún existentes para reducir las condiciones de inequidad y desigualdad vinculadas al género.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio realizado es un aporte para la comprensión de algunas particularidades del proceso de implementación de la ILE en el ámbito hospitalario. A continuación, elaboraremos una serie de conclusiones a partir de la discusión de los resultados de este estudio. Confiamos en que muchas de estas servirán además como recomendaciones para posibilitar la sustentabilidad, transversalización y ampliación de esta política.

El impulso normativo para la implementación fue el fallo F.A.L., si bien existían experiencias en la provisión de la práctica, y un marco normativo que respaldaba su implementación.

La intervención activa de las autoridades (ministeriales e institucionales) fue un factor determinante en la modificación de las condiciones de legitimidad, fundamentalmente en el ámbito de internación. La participación de las autoridades definió los límites de la (i) legalidad, y promovió la discusión del proceso de implementación, y la capacitación para la provisión de la ILE.

Este proceso que exigió el desarrollo de diversas estrategias, en lo cual los equipos que realizan la práctica tuvieron un rol activo. En algunos casos (por ej., capacitaciones con residentes), estas fueron previas a las desplegadas por la gestión central. El desarrollo de herramientas específicas –clínicas (historia clínica), informativas (hoja para la mujer) y de gestión (recursero)- fue un elemento en común a otros grupos que posibilitan el acceso a la ILE (consejerías de Buenos Aires, organizaciones feministas).

Algunas de las estrategias desarrolladas fueron de gran valor para el proceso de implementación, ya que permitieron incidir en diversos procesos. Tal fue el caso de los colegiados y la objeción de conciencia *informada.* Estas estrategias facilitaron la planificación, la reestructuración –de planteles, espacios y procesos-, la gestión de calidad y la incidencia en el contexto político.

La exigencia de una *objeción de conciencia informada* ha limitado un uso inadecuado de la posibilidad de objeción. Por el contrario, su desregulación la volvió perjudicial ya que posibilitó el abuso de poder y el desentendimiento de las responsabilidades estatales en la garantía de los derechos.

Las objeciones de conciencia no representaron *per-se* un obstáculo en el proceso de atención de la ILE. Por el contrario, lxs objetorxs *de buena fe* colaboraban en el acceso a los estudios necesarios y/o agilizando la referencia a personal idóneo.

La no explicitación de la objeción y/o la falta de reordenamiento de los planteles ante la presencia de objetores, generaron una sobrecarga en quienes sí brindaban la práctica. Esta fue una forma habitual de violencia laboral contra quienes acompañan la ILE.

Los *obstructores a conciencia*, por el contrario, son individuos o grupos corporativos que ejercen violencia de un modo más o menos sistemático contra quienes realizan la práctica, para dificultar la implementación de esta política. Esta violencia es ejercida de manera directa (sobre la persona que solicita una ILE, o quienes la asisten) o indirecta (a través de cartelería o "manifestaciones"); en forma activa (agrediendo física o verbalmente) o pasiva (auto-excluyéndose de los espacios de formación y debate, ocultando información, no suministrando analgesia). La infrecuencia y debilidad de las sanciones ante su accionar, debilitó la implementación esta política al reducir su legitimidad.

Frente a la ley manifiesta, el silencio en torno al aborto se ha manifestado como efecto de una ley no enunciada pero cuya vigencia es evidente en el ámbito de la salud. Los efectos de una *política del silencio* han sido ambiguos en la implementación de esta práctica. En un contexto de ilegalidad, la clandestinidad tuvo un efecto protector, permitiendo el incipiente desarrollo de experiencias de atención. Por el contrario, ante una legalidad no restrictiva, el silencio reduce su legitimidad y oculta sus beneficios. A pesar del posicionamiento gubernamental

teóricamente favorable, persistía una política del silencio manifiesta en la escasez y ocultamiento de información sobre la práctica, y en la no problematización de la violencia obstétrica y laboral en estas situaciones.

Para quienes acompañan la ILE abiertamente, salir de la clandestinidad requirió no sólo de un marco legal favorable y del apoyo de las autoridades. También estuvo vinculado con la posibilidad de poner el tema en palabras, el posicionamiento subjetivo -la confianza en su accionar y en el equipo de trabajo-, y el respaldo explícito del activismo y de las personas a quienes acompañan.

La implementación de la ILE estuvo signada por una política de acompañamiento entre actores con distintos grados de conocimiento, que facilitó la incorporación de la perspectiva de derechos. Este acompañamiento se dio tanto a nivel de la gestión (colegiados de co-gestión) como en el plano pedagógico (formación entre pares) y en el clínico (capacitación en servicio).

En los relatos aparecen escasamente los actores informales (individuales o colectivos) que impulsan esta política, lo cual contrasta con la relevancia que estos han adquirido en el plano político durante los años en que se desarrolló la investigación. Si bien su participación en la implementación se percibe como una oportunidad, aún constituye un aspecto a fortalecer.

La metodología utilizada permite explorar la construcción de una narrativa colectiva en grupos con cierta familiaridad y vivencias similares. Sin embargo, es limitada para dar cuenta de experiencias individuales valiosas producto de la heterogeneidad de experiencias sobre el tema a indagar. Además, un/a observador/a externx sería relevante para problematizar “puntos ciegos” producto de esa familiaridad.

A fin de incrementar la utilidad de este análisis, sería útil explorar la perspectiva de otros actores sobre el proceso de implementación en estos efectores. En principio, las personas que han sido acompañadas por los equipos

entrevistados en la realización de la práctica. Como así también, otrxs trabajadorxs que apoyaron el proceso sin posicionarse abiertamente, o –por el contrario- desarrollaron acciones concretas para su obstaculización; lxs funcionarixs a cargo de la coordinación de los efectores hospitalarios; y las direcciones de los otros hospitales en que la práctica no se realiza.

Por último, sería interesante explorar en mayor profundidad conceptos como objeción de conciencia informada, obstructores a conciencia. Los efectos más amplios de las políticas del silencio y del acompañamiento, respectivamente, son otros puntos a considerar.

Recomendaciones para la implementación de la ILE en el ámbito hospitalario

Las autoridades deben intervenir activamente en el acompañamiento a quienes realizan ILEs; tanto en el ámbito de la gestión como en el pedagógico y en el clínico es determinante en la modificación de las condiciones de legitimidad.

Las carencias de la formación de grado y posgrado deben ser salvadas a través de una formación, por lo cual las capacitaciones deben anteceder al proceso, ser obligatorias, generalizadas, y sostenidas en el tiempo.

Es fundamental que los equipos tengan un rol activo en la discusión del proceso de implementación del acceso a la ILE, como así también en el diseño y/o adaptación de los medios necesarios para realizar la práctica.

Las consejerías son estrategias útiles para la implementación. Es recomendable que estas trasciendan un fin meramente asistencial, acompañando el proceso de implementación a través de la interacción con otros actores dentro y fuera del sistema de salud (otros servicios y efectores, universidades, organizaciones feministas, etc.).

La objeción de conciencia es una herramienta útil en tanto sea regulada; de lo contrario puede volverse perjudicial. La obligatoriedad de una *objeción de conciencia informada*, con conocimiento de los aspectos técnico-normativos tanto del instrumento como de la/s práctica/s a objetar, es un medio para facilitar su regulación.

Es fundamental el reordenamiento de los planteles ante la existencia de objetorxs *de buena fe*, quienes deben participar en el acompañamiento previo y posterior a la práctica. De otro modo, estos constituyen un obstáculo indirecto por la innecesaria dilación de la atención y la sobrecarga que generan en otros planteles.

La legitimidad de la ILE se fortalece con las sanciones formales a los *obstructores a conciencia y a las distintas formas de violencia obstétrica y laboral* más o menos sistemática contra las personas que acompañan o se realizan la ILE.

El silencio sobre la ILE es perjudicial en un contexto de legalidad no restrictiva como el que rige en nuestro país. Debe informarse activamente sobre la práctica, sus efectos y efectores, tanto a los planteles de salud como a la comunidad en general. Asimismo, se la debe ofrecer activamente a las personas con una gestación no intencional.

Es recomendable la participación de otros actores con un rol activo en la implementación de una política de acceso a la ILE. En este sentido, los equipos de Educación Sexual Integral de las escuelas locales, y las organizaciones feministas.

GLOSARIO DE SIGLAS

AMEU: aspiración manual endouterina

DSNSR: Dirección de Salud en la Niñez, Adolescencia, y Salud Sexual y Reproductiva

ILE: Interrupción Legal del Embarazo

MSN: Ministerio de Salud de la Nación

MSP: Ministerio de Salud de la Provincia

RPOC: Registro Público de Objetores de Conciencia

OC: Objeción de Conciencia

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMNESTY INTERNACIONAL (2017). El acceso al aborto en Argentina. Una deuda pendiente. Consultado al 07/07/2019 en https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/09/el-acceso-al-aborto-en-argentina-entrega03-final.pdf

ANZORENA, C.; YAÑEZ, S.(2016) ¿Qué cuenta como salud materna? Notas sobre los programas y los servicios de salud pública para mujeres en situación de embarazo, parto-aborto y puerperio en Argentina. Linking Gender, Economic and Ecological Justice: feminist perspectives form Latin American / Vinculando la justicia de género, económica y ecológica: perspectivas feministas desde América Latina. Lugar: Suva; Año: 2016: 94 - 119

ARIZA NAVARRETE, SONIA. (2014). La objeción de conciencia dentro de la política pública de salud reproductiva: experiencia de la provincia de Santa Fe. Presentación en la *4ta. Conferencia Regional del CLACAI. Reafirmando el legado de Cairo: Aborto legal y seguro*. Consultado al 31/07/2019 en http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/602

AGUILAR ASTORGA, C; LIMA FACIO, M. (2009). ¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas? En: Contribuciones a las Ciencias Sociales, septiembre 2009; www.eumed,net/rev/cccss/05/aalf.html

ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES (ADC)- WOMEN'S LINK WORLDWIDE (2014). Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina. ADC, WLW Argentina.

BARBOSA ASS, BOBATO JAC, MARIUTTI GM. (2012) Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. Rev. SPAGESP.;13 (2):44-55.

BENAVENTE RIQUELME, MC Y VALDÉS BARRIENTOS, A. (2014) Políticas públicas para la igualdad de género: un aporte a la autonomía de las mujeres.

Libros de la CEPAL, N° 130 (LC/G.2620-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.

BENAVIDES, MO; GÓMEZ-RESTREPO, C (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. RevistaColombiana de Psiquiatría. Vol. 34; n°1. Bogotá.

BENDER ET AL, (2015). American Thoracic Society and National Heart, Lung, and Blood Institute Implementation Research Workshop Report. Annals of the American Thoracic Society. 12. S213-S221. 10.1513/AnnalsATS.201506-367OT. Consultado al 07/07/2019 enfile:///C:/Users/Usuario/Downloads/ATS.NHLBI.ImplementationResearchWS.AnnATS2015.pdf

BERNET, A.C., WILLENS, D.E. & BAUER, M.S. (2013). Effectiveness-implementation hybrid designs: implications for quality improvement science. Implementation Sci 8, S2 https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-S1-S2

BIGLIA, B.& BONET MARTI, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida. ForumQualitativeSozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. Biglia& Bonet-Martí (2009

BOHÓRQUEZ MONSALVE L. (2015) De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe. En: *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.*Ramos S, Comp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex, 2015. Libro digital, PDF. Consultado el 19/09/2019 en http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/661

CAMPOS, GWS (2009). Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Lugar Editorial, Buenos Aires.

_____ (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el Soporte Paideia en el trabajo en salud. Salud Colectiva, Vol. 1, Núm.1. Buenos Aires.

_____ (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. Consultado al 31/08/2019 en https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf

_____ (1997) La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada [Internet] 1997. Disponible en: https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf

CÁNEVA, H. (2008) Voces y silencios. Aborto inseguro y desigualdad en los discursos de distintos organismos. Presentación en el XI Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario.

CARRIL, E. y LÓPEZ GÓMEZ, A. (2007). Aborto en Uruguay: reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En: *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Roberto Castro y Alejandra López Gómez (Ed). Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM, 2010.

CÁRDENAS, E; LÓPEZ CABELLO, A; DE LA VEGA, L. (2017). Aborto legal: acceso desigualitario y criminalización selectiva. Centro de Estudios Legales y Sociales- CELS. Consultado al 31/07/2019 en https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/03/CriminalizacionDelAborto.pdf

CASTRO, R (2013). Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. En: *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos.* Agoff MC; Casique I; Castro R (coords). México: Miguel Ángel Porrúa y CRIM-UNAM.

_____; ERVITTI, J. (2009) Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México. En: *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.* Castro R, López-Gómez A, eds. Uruguay-México: Facultad de Psicología, Universidad de la República/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

_____; _____ (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Revista CONAMED. 19. 37-42.

_____; _____ (2015) Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. (1° ed). México: LIBRUNAM

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACION (2012) F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva. Sentencia. Capital Federal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CORTÉS RAMÍREZ, DA; PARRA ALFONSO, G. (2009). La ética del cuidado. Hacia la construcción de nuevas ciudadanías. Psicología desde el Caribe, núm. 23, enero-julio, 2009, pp. 183-213 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia

CUNILL GRAU, N. (2010) Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. Revista del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), Reforma y Democracia, Nº46; 1-20. Caracas, Venezuela.

DAMSCHRODER, LJet al (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Sci 4, 50 (2009). https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

DIAKITE, M. 2013. L´Analyse de la silenciation ou silence en discours. Liens 17, décembre 2017 ; 72-89.

DÍAZ-OLAVARRIETA et al (2012). El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. RevPanam Salud Publica. 2012;32(6):399–404.

DOSSO, D. (2013) Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. FLACSO: Perspectivas Bioéticas. Año 18 Nº 34: 75-93

DUARTE OSIS, MJ; FAÚNDES, A; ALVES DUARTE, G; MAKUCH, MY. (2013) O papel da religiosidade na perspectiva e conduta de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido. Bagoas - Estudos Gays: Gênero e Sexualidades. V. 7 n. 09.

FAÚNDES A., BARZELATTO, J. (2011). El drama del aborto. En busca de un consenso, Buenos Aires: Paidós, 2011, 269 págs., ISBN 978-950-12- 4567-7

FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, SS. (2016). Efectores por conciencia: profesionales de la salud comprometidos con la implementación de las consejerías pre y post aborto. IV Encuentro Internacional de Estudios de Género (UNLu), 12- 14 de mayo.

_____ (2017) Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas, 16(1). Consultado el 19/09/2019 en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=380/38051452004.

FERRARA, M. (2018). Aborto legal seguro y gratuito. Entre la legalidad y la clandestinidad. El caso del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario. En *Zona Franca. Revista del Centro de estudios Interdisciplinario sobre las Mujeres, y de la Maestría poder y sociedad desde la problemática de Género,* N°26, 2018 pp.52-79. ISSN, 2545-6504

_____ (2016). Sobre mi cuerpo, yo decido: la excepcionalidad del caso de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Dr. Roque Sáenz

Peña de la ciudad de Rosario. Recuperado de https://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/8905

FREIDIN, B. (2016). Revisando el uso de grupos focalizados en la investigación social. Revista Latinoamericana deMetodología de las Ciencias Sociales, 6(1), e004. Recuperado a partir de: http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecsv06n01a04

CONDE, F. (2008) Los grupos triangulares como "espacios transicionales" para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en Huelva. En: Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social / coord. por Angel J. Gordo López, Araceli Serrano Pascual, 2008, ISBN 978-84-8322-420-5, págs. 155-188

CORZO,J.F. (2013)¿Cuál es el ciclo de vida de las políticas públicas?. Recuperado de https://www.iexe.edu.mx/blog/cual-es-el-ciclo-de-vida-de-las-politicas-publicas.html

FREIDIN, 2016

FULLADOSA-LEAL, K. (2015). Creando puentes entre la formacióny la creatividad: una experiencia deinvestigación activista feminista. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. 116 universitas humanística no.79 enero-junio de 2015 pp: 115-140.

FURTADO, JP. (2001) Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva [online],vol.6, n.1, pp.165-181.

GUTTMACHER INSTITUTE (2018). Aborto en AméricaLatina y el Caribe. Hoja Informativa. Recuperado de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf

GUTIÉRREZ, MA. (2003). Silencios y susurros: la cuestión de la anticoncepción y el aborto. 38 Rev. Jurídica U. Inter.: R. 261; 1-8

HARRIS, L. (2011). The “legitimacy paradox” in US abortion provision. Contraception. 2011;84: 307

_____; MARTIN, L; DEBBINK, M; HASSINGER, J.(2013) Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. Contraception. 2013 Jan;87(1):11-6.

JOHNSON M.J. y MAY C.R. (2015). Promoting professional behavior change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. BMJ Open

JOHNSON N. , LÓPEZ GÓMEZ A., SAPRIZA G., CASTRO A. Y ARRIBELTZ G. (2011) (Des)penalizacion del abortoenuruguay: practicas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinariosobre una realidad compleja. Comisión Sectorial de Investigación Científica. Universidad de la República. 366 pp. Recuperado de

http://www.universidad.edu.uy/libros/opac_css/doc_num.php?explnum_id=701

IRAZOLA, V. (2018) Introducción a la Investigación en Implementación. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/dis/wp-content/uploads/sites/11/2018/08/Introduccion_investigacion_implementacion.pdf

KUMAR, A. & HESSINI, L. & MITCHELL, E. (2009). Conceptualizing Abortion Stigma. Culture, health & sexuality. 11. 625-39. 10.1080/13691050902842741.

LAMAS M. (2014) Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF. Salud pública México 56 (1):56-62.

LOLATTO, S y KLEBA LISBOA, T. (2013) Profissionais de serviço social frente à questão do aborto – a ética em debate. Bagoas: 7(9):65-85. Consultado al 31/07/2019 en: http://www.periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4656

LÓPEZ GÓMEZ, A. (2016) Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. Salud Colectiva.; 12 (1) 23-39

_____ (2015) Profesionales de la salud y aborto. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En: *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Ramos S, Comp. CLACAI; CEDES; PROMSEX; Population Council. Pag. 57-76.

_____; CARRIL, E. (2010) Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. PsicolConoc y Soc [Internet]. 2010;1(2):1-32.

MATÍA M.G., CUALLI DE TRUMPER E., ORCHUELA N., FURES J. (2016) el acceso al aborto no punible como una politica pública de reducción de la mortalidad materna por aborto en la provincia de Buenos Aires. Argentina. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/FollowUp/Argentina.pdf

MC REYNOLDS- PEREZ, JA. (2014) Misoprostol for the Masses: The Activist-Led Proliferation of Pharmaceutical Abortion in Argentina. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. University of Wisconsin- Madison.

_____ (2017) Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context. BMC PregnancyChildbirth. 2017 Nov 8;17 (Suppl 2):350.

MEHRY, E. CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER, L; BURG CECCIM, R (2006) Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud Colectiva. 2006;2(2):147-160.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2015). Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Buenos Aires, 73pp.

_____ (2010). Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación.Documento de trabajo. Buenos Aires, 61 pp.

MIRANDA, L.; FERRE, A.L.; FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. (2008) Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. En: ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J. P PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.) *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. 1ed.São Paulo: Aderaldo& Rothschild Editores, 2008, v. 1: 249-277.

MIRANDA LUCAS, M; COMAS DÁRGEMIR, D. (2016) Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. Revista de Bioética y Derechos. 38: 37-53.

MOLINA Y VEDIA, S. (1990) Silencio y sentido. En: *Tierra a la Vista. Discurso de la confrontación: Viejo y Nuevo Mundo*. De EniPulcinelli Orlandi. Sao Paulo, Brasil, Cortes Editora,

MORÁN FAÚNDES, JM. (2013) ¿Defensores de la vida? ¿De cuál “vida”? Un análisis genealógico de la noción de “vida” sostenida por la jerarquía católica contra el aborto. Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana n.15; 10-36

_____ (2014) La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica. Acta Bioethica.Vol.20 N° 2. Santiago, Noviembre.

_____ ; MONTE, ME; SANCHEZ LJ; DROVETTA RI (2011). La inevitable maternidad. Actores y argumentos conservadores en casos de

aborto no punible en la Argentina. En: *Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina.* Católicas por el Derecho a Decidir. Colección: Religión, Género y Sexualidad –Edición Especial. P 127-155.

MOUFFE, CH (2016) Política y pasiones. El papel de los afectos en la perspectiva agonista. Universidad de Valparaíso. 41 pp.

_____ (2004) Le politique et la dynamique des passions. En Rue Descartes 2004/3-4 (n° 45-46), pages 179 à 192

NOBLE, C. (1999). The Eclectic Roots of Strategy Implementation Research Journal of Business Research 45, 119–134

OLAVARRÍA GAMBI, M. (2007). Conceptos básicos en el Análisis de Políticas Públicas. INAP- Instituto de Asuntos Públicos, Departamento de Gobierno y Gestión Pública

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS (2019). Tratamientomédico delaborto. OMS, 2019; 176 pp. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1

_____ (2020). Prevención del aborto peligroso. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2012). Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Publicacion-ESP-BP-Uruguay-2012.pdf

_____ (2010). Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en Salud . PAHO, 2010; 24 pp.

Recuperado de https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=121-derogacion-del-aborto-terapeutico-en-nicaragua-impacto-en-salud&category_slug=salud-de-la-mujer-y-salud-sexual-reproductiva&Itemid=235

ONOCKO-CAMPOS, R. (2011). Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Rev Saúde Coletiva 21 (4) 1269-1286. Rio de Janeiro.

_____; FURTADO, JP. (2008) Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saúde Pública;42(6):1090-6.

_____; FURTADO, JP. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. saúde Pública, Rio de Janeiro, 225 (5): 1053-1062.

ORLANDI, E.P. (1996) Les formes dusilence. Dans le mouvement du sens. Langage et Societé. Septembre 1996 ; 101-105.

_____ (2001) Rumeurs et Silences. Les trajets des sens, les parcours du dire. Dans Hypothèses 2001/1 (4), 257- 266.

PETERS, DH; TRAN, N; ADAM, T. (2013) Investigación sobre la implementación de políticas de salud: guía práctica. Organización Mundial de la Salud.

_____; TAGHREED, A; OLAKUNKLE, A; AKUA AGYEPONG, I; TRAN, N. (2013). Implementation research; what it is and how to do it.BMJ; 347; 1-7

PETRACCI, M. (2007) Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América latina. Despenalización.org.ar por la despenalización del aborto N° 01.

_____ (2015). La sociedad discute sobre el aborto en América Latina. En:*Investigación sobre el aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.* Ramos, S. (comp). Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex, 2015. Libro digital, PDF. Consultado el 19/09/2019 en http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/661

POWELL BJ, MCMILLEN JC, PROCTOR EK, CARPENTER CR, GRIFFEY RT, BUNGER AC, GLASS JE, YORK JL. (2012) A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. Med Care Res Rev. 2012 Apr;69(2):123-57. doi: 10.1177/1077558711430690. Epub 2011 Dec 26.

PRIETO RODRÍGUEZ, M. A., & MARCH CERDÁ, J. C. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudiomediantegruposfocales [Step by step in the design of a focus group-based study]. Atencionprimaria, 29(6), 366–373. https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70585-4

PROCTOR, E.K., POWELL, B.J. & MCMILLEN, J.C. (2013) Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. Implementation Sci 8, 139. https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139

PROCTOR, EK; JOHN LANDSVERK, J; AARONS, G; CHAMBERS, D; GLISSON, C; MITTMAN, B. (2009) Implementation Research in Mental Health Services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges. AdmPolicyMentHealth 36:24–34.

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2017). La regulación de la interrupción legal del embarazo en Argentina.Los principios que estableció la Corte Suprema de Justiciaen el caso “FAL”, marzo de 2012. Nota Técnica 4/2017

RALL, D. 1992. Funciones del silencio. Estudios de Lingüística Aplicada, núm. 15/16; 172-181.

RAMOS S (2015). Profesionales de la Salud y aborto. En: *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.* Ramos S, Comp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex, 2015. Libro digital, PDF. Consultado el 19/09/2019 en http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/661

_____; GOGNA, M; PETRACCI, M; SZULIK, D. (2001) Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica? CEDES, Buenos Aires 2001.

_____; ROMERO, M; RAMÓN MICHEL, A. (2014) Health care providers' opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe, Argentina. Reproductive Health;11:72.

REVUELTA VAQUERO, B. (2007) La implementación de políticas públicas. Dikáion; vol. 21 n°16; 135-116. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.

RUIBAL, A. (2012) Feminismo, religión y democracia en el proceso delegalización del aborto en la ciudad de México. Estudios- Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba. N° 27.

RUIZ RUIZ, J. (2012). El grupo triangular: reflexiones metodológicas en torno a dos experiencias de investigación EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales, vol. 2012, núm. 24, julio-diciembre, 2012, pp. 141- 162 Facultad de Ciencias Políticas y Sociología España

SUREL, Y. (1995). Las políticas públicas como paradigmas. En: SANCHEZ SEGURA, J. (Traductor/a).EstudiosPolíticos No. 33. (Jul-Dic 2008) Medellín . Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/iep-udea/20100623093704/EstPol33Art2.pdf

SABATIER: (1986) Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysisi and suggested synthesis. JnlPubl. Pol., 6, *1*, 21-48.

SCHRAIBER, LB. (2010) Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate. En: *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.* Uruguay-México. Castro R, López-Gómez A, eds.Facultad de Psicología, Universidad de la República/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2010

SUBIRATS, J. (2001). El análisis de las políticas públicas. Departamént de Ciencia Política i DretPúblic. Universität Autónoma de Barcelona. Gaceta Sanitaria; 15 (3): 259-264.

SUBIRATS J., KNOEPFEL:, LARRUE C., Y VARONNE F. (2008). Análisis y gestión de políticas públicas. Ariel, 2008: Barcelona. 285 pp.

SUÁREZ-OBANDO F., GÓMEZ-RESTREPO C., CASTRO-DÍAZ S., (2018)Ciencias de la implementación: de la evidenciaa la práctica. Acta Médica Colombiana Vol. 43 N°4 ~ Octubre-Diciembre 2018
http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n4/0120-2448-amc-43-04-00207.pdf

TERENZI SEIXAS C.; MERHY E., STAEVIE BADUY R.; SLOMP JUNIOR H.(2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. Salud Colectiva, 12(1),113-123. ISSN: 1669-2381. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=731/73144643009

THE WORLD'S ABORTION LAWS CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2019. Consultado al 31/07/2019 en Https://reproductiverights.org/worldabortionlaws .

VAN METER D. & VAN HORN C. (1975). El proceso de implementación de las políticas. Un. Marco conceptual. En: *La implementación de las políticas* . Aguilar

Villanueva, L (comp.). Colección Antologías de Políticas Públicas. Cuarta Antología. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. 1993: México

ZAMBERLIN, N. (2015). El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina. En: *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.* Ramos S, Comp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : PopulationCouncil ; Lima : Promsex, 2015. Libro digital, PDF. Consultado el 19/09/2019 en http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/661

ZELLER, N. (2007: 22) Políticas públicas : marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas. INAP Editorial. Buenos Aires: 2007; 30 pp.

I. Guía de preguntas para las entrevistas

a). ASPECTOS PERSONALES EN RELACIÓN A LA TAREA

1. Dónde estudió y cuándo?
2. Por qué eligió su profesión?
3. Cuánto hace que trabaja en ese cargo? Qué aspectos de su trabajo considera ingratos y cuáles satisfactorios? Cuáles considera que han sido sus mayores logros?

b). EVALUACIÓN GENERAL DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LAS POLÍTICAS DE SALUD

1. Cómo evalúa las medidas tomadas para la implementación de un modelo de salud basado en la perspectiva de derechos? Cuáles considera que fueron críticas? Cuáles considera que hacen falta?
2. Puede identificar rupturas o quiebres en relación a gestiones anteriores? Cuáles? Cómo evalúa su impacto en la tarea cotidiana?

c). POSICIONAMIENTO PERSONAL EN RELACIÓN A LA ILE

1. Cuál ha sido su posicionamiento a lo largo de su formación? A qué lo atribuye? (instancias de formación, de militancia, de intercambio con amigxs o colegas, una política en particular, algún caso concreto, etc)
2. En qué ámbitos considera que se dio su formación/sensibilización en relación al tema (formales e informales)? Cuáles de ellos han tenido mayor relevancia?
3. En qué aspectos de su práctica influyó la implementación de la ILE por causal salud?

4. Qué estrategias personales desplegó ante este proceso? Qué dificultades tuvo?
5. Cree que este posicionamiento condicionó de alguna manera la relación con el resto del equipo? De qué manera?
6. Cree que existe algún tipo de estigmatización hacia quienes intervienen en esta práctica? Y hacia quienes deciden no intervenir? Qué ejemplos podría dar?
7. Cuáles cree que son los motivos que esgrimen quienes deciden no intervenir en la práctica? Cómo considera este posicionamiento?

II. Guía de preguntas para los grupos focales (primer encuentro)

a). SENTIDO DEL TRABAJO EN SALUD Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

1. Qué aspectos consideran que definen a un “equipo de salud”?
2. Cuál interpretan ustedes que es el sentido del trabajo en salud?
3. Creen que la perspectiva de género se relaciona con el sentido del trabajo en salud? De qué manera?
4. Consideran que lxstrabajadorxs se encuentran motivadxs para adherir a esta perspectiva? Por qué?
5. Cómo definirían a la salud sexual?

b). CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Cómo definirían las jerarquías dentro de su efector? Cuáles son las personas cuya opinión se considera más relevante?

c). PROCESO DE ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

1. Qué diferencias creen que existen entre el concepto de “interrupción legal del embarazo” y el de aborto?

2. Quiénes y cómo acompañan estas situaciones en su lugar de trabajo? Con quiénes articulan este acompañamiento?

3. En qué se diferencia este acompañamiento del de otras situaciones de salud?

4. De qué manera influyó la implementación de la ILE, en la organización del trabajo en el CS/hospital?

f). IDENTIDAD GRUPAL Y POSICIONAMIENTO EN RELACIÓN A LA ILE

1. De qué manera se relaciona su decisión de intervenir/no intervenir (MISMO GRUPO) en esta práctica, con su concepción de salud?
2. Su posicionamiento en relación a la práctica, ha sido el mismo a lo largo de su carrera? A qué lo atribuyen? (instancias de formación, de militancia, de intercambio con amigxs o colegas, una política en particular, algún caso concreto, etc)
3. Creen que su posicionamiento (MISMO GRUPO) ha condicionado la visión que el resto del equipo tiene de ustedes? Cómo? Y en la de la comunidad? Cómo?
4. Qué estrategias personales consideran que desplegaron para poder facilitar este proceso?

d). GESTIÓN DE CONFLICTOS

1. Creen que los conflictos en el equipo se relacionan con la calidad de la atención brindada? Cómo? Pueden ejemplificarlo con alguna situación?
2. Qué recursos despliegan dentro de la organización, para poder generar acuerdos en relación a temas conflictivos?

III. Consentimiento informado para la participación en el grupo focal/ entrevista en profundidad

En el marco de la investigación sobre el análisis de la implementación de la práctica de interrupción legal del embarazo en el sistema de salud, desde la (ORGANIZACIÓN) se está llevando adelante un estudio de campo orientado a conocer la opinión de las/os trabajadoras/es de salud. Por este motivo, la/o convocamos para participar de este *grupo focal/entrevista en profundidad* realizado el día_____ en_____

Propósito del estudio: indagar cómo evalúan los actores institucionales, el proceso de implantación de la política de acceso a la Interrupción Legal del Embarazo en los efectores de salud del departamento La Capital.

Procedimientos a realizar: este consentimiento se entregará previamente a la participación en el grupo focal. Si usted acepta participar, puede firmar el consentimiento y colocarlo en el sobre rotulado “Consentimiento Informado”.

La segunda copia del consentimiento es para usted.

Usted puede hacer cualquier pregunta que considere necesaria para aclarar dudas respecto a su participación, y solicitar información respecto a este estudio.

Riesgos asociados a la participación en el estudio: la investigación tiene como objetivo recoger sus opiniones personales. Quizás usted pueda sentir cierta incomodidad por ello. *El equipo de investigación garantiza el* ANONIMATO y la CONFIDENCIALIDADde toda la información recolectada en el estudio.

Beneficios de la participación en este estudio:se le retribuirá con una suma monetaria por su participación en ambas instancias del estudio, que se abonará en el segundo encuentro. Por otra parte, se espera que los resultados del estudio contribuyan a mejorar la atención que reciben las mujeres y la satisfacción de los equipos de salud.

Alternativas para la participación: usted tiene derecho a no aceptar la participación en la investigación, aun cuando haya firmado el consentimiento informado. También tiene derecho a no contestar algunas de las preguntas formuladas.

Si usted tiene cualquier duda o consulta respecto de este estudio, puede comunicarse con:

MARÍA FLAVIA DEL ROSSO
Tel 0345-155088405
Mail: mfdelrosso@gmail.com

Declaración de consentimiento:

He leído toda la información contenida en el consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Comprendo en qué consiste mi participación y la finalidad de este estudio, y consiento voluntariamente en participar respondiendo a la entrevista. Comprendo que tengo el derecho de no aceptar participar sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

SÍ ACEPTO participar.

Firma_____Fecha:_____

NO ACEPTO participar.

Firma_____Fecha:_____

Agradecimientos y dedicatorias

Especialmente agradezco y dedico este trabajo a Daniel Teppaz, amigo, mentor y maestro. El arduo trabajo compartido, sus pacientes enseñanzas sobre la sistematización de procesos, sus inspiradoras observaciones en relación a mis conocimientos sobre políticas públicas, y nuestras largas discusiones sobre el sentido de la implementación, sembraron los primeros interrogantes.

A la Asociación Civil "Palabras", y especialmente a Mabel Busaniche, que me enseñaron que el feminismo es una práctica y confiaron en mis preguntas.

También a mis compañeras y compañeros de la Cohorte 2016 de la Maestría en Salud Pública del Centro de Estudios Interdisciplinarios del Instituto Juan Lazarte, que me alentaron y sostuvieron, tanto a través de la reflexión compartida como con su afectuoso reconocimiento. Fundamentalmente, a quienes cotidiana y activamente le pusieron el cuerpo a esta política, demostrando que el horizonte es un artificio de la mirada.

A Fernanda Pagura, Cecilia Rugna, y Joaquín Gorrochategui, por el aporte de valioso material teórico y su asesoramiento en el amasado de las preguntas.

A mis hermanas, madres y abuelas, que me han ayudado a conquistar el derecho a narrar otras historias posibles.

A Débora Ferrandini, cuya luminosa presencia encendió estos relatos.