

## Resumen

La presente tesina hace referencia a las políticas de salud de la mujer, y más específicamente se centra en el dispositivo de las consejerías en salud sexual y reproductiva de la ciudad de Rosario. Para avanzar en esta investigación se indaga acerca del contexto histórico – político que hizo posible el surgimiento de las mismas, las cuales dan cuenta del proceso histórico de nuestro país.

Las consejerías en salud sexual y reproductiva son herramientas institucionales que propician el acompañamiento y comunicación con las personas usuarias atendiendo cada subjetividad en pos de lograr tomas de decisiones autónomas. Particularmente se resalta la práctica de la interrupción legal del embarazo que es el derecho de mayor importancia de los derechos reproductivos y el más importante para las mujeres, aquel que ampara la decisión de la mujer con respecto a su cuerpo. La penalización del aborto implica la continuidad de los abortos clandestinos y el peligro al que se ven expuestas miles de mujeres con menores recursos económicos, acentuando así las diferencias sociales.

La interrupción legal del embarazo implica el derecho de decidir sobre el cuerpo, la vida y el mandato de la maternidad y al no acceder a procedimientos seguros, de calidad y gratuitos se constituye en una violación de los derechos humanos.

Esta investigación se enfoca en un estudio de caso de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario. La Consejería en dicho Hospital ha existido muchos años previos a la existencia de legislación que la inaugure y controle.

De esta manera, y a partir de la excepcionalidad que el caso supone, nos propondremos indagar acerca de cómo se ha gestado esta herramienta y las formas que ha ido adquiriendo a lo largo del tiempo.

A su vez, y a raíz de la inexistencia de registros formales que suponen la particularidad misma de ésta Consejería, no se podrá definir el presente estudio dentro de un período determinado. Sin embargo, y para reconstruir este proceso, nos guiaremos a partir del discurso oral de diversxs trabajadorxs de la salud del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña quienes serán entrevistadxs y tomadxs como unidad de análisis.

Consideramos apropiado enfocarnos en el estudio de la implementación de las políticas públicas y hacerlo desde el modelo “bottom up” en donde lxs mismxs trabajadorxs de la salud son aquellxs que efectivamente hicieron posible la concreción y mantenimiento de la política.

Es a partir de la fuerza y voluntad de lxs trabajadorxs del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña que la Consejería allí creada funcionó y se sostiene a lo largo de los años, dado

que si bien existe legislación que sugiere la creación de estas herramientas, no hay certezas acerca del cumplimiento de dicha ley.

El caso excepcional del cual este trabajo hace foco, se basa en el accionar de lxs trabajadorxs que se erigen como ejemplo para otras Consejerías no solo de la ciudad de Rosario, sino también en localidades aledañas y en la necesidad de seguir avanzando y conquistando derechos adeudados.

Existe un espacio vacante acerca de la investigación del funcionamiento de éstas herramientas que poseen una corta vida institucional motivo por el cual se justifica el abordaje que esta tesis supone. Así, se utilizará una metodología eminentemente cualitativa, con un gran apoyo en entrevistas, documentos y periódicos.

A su vez, consideramos necesario hacer una mención con respecto al lenguaje que utilizaremos en el presente trabajo. Reemplazaremos el genérico masculino que se utiliza en la lengua castellana por la “x” para salirnos de la distinción única y binaria de los sexos (hombres y mujeres) en pos de ser productores de un lenguaje inclusivo que contemple diversas identidades.

**Palabras clave:** Consejerías en salud sexual y reproductiva; Hospital Dr. Roque Sáenz Peña; Rosario; Interrupción legal del embarazo.

## Índice

Resumen.....	1
Índice.....	3
Introducción.....	4
Metodología.....	7
<b>Parte I. Aproximaciones conceptuales y contextuales.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Capítulo 1. Marco teórico.....</b>	<b>9</b>
1.1- Salud: ¿concepto estanco?.....	9
1.2- Salud colectiva y su anclaje latinoamericano.....	10
1.3- Salud Sexual y Reproductiva.....	11
1.4- Derechos sexuales y derechos reproductivos. Caminos autónomos.....	15
1.5- Implementación de políticas públicas. Modelo Bottom up.....	17
<b>2. Capítulo 2. Salud Sexual y Reproductiva en Argentina.....</b>	<b>22</b>
2.1- Historia de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina.....	22
2.2- Quiebre político y sus alcances progresistas.....	25
2.3- Derecho al aborto.....	28
2.4- Derechos Sexuales y Reproductivos en la Provincia de Santa Fe.....	33
2.5- Derechos sexuales y reproductivos en el Municipio Rosario.....	34
<b>Parte II. Estudio de caso.....</b>	<b>38</b>
<b>3. Capítulo 3. Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva.....</b>	<b>38</b>
3.1- Salud Pública en la Municipalidad de Rosario.....	38
3.2- ¿Que son las consejerías en salud sexual y reproductiva?.....	40
<b>4. Capítulo 4. Estudio y análisis del caso.....</b>	<b>44</b>
4.1- Un poco de Historia.....	44
4.2- El caso: La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del HRSP.....	48
4.3- Cuestiones pendientes.....	55
4.4- Campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito.....	57
4.5- Socorrismo.....	58
Reflexiones finales.....	63
Referencias bibliográficas.....	65
Anexos.....	70

## Introducción

Los estudios de las políticas públicas están estrechamente conectados con la relación entre el Estado y la sociedad. Esta relación no ha sido nunca estática sino que se ha ido transformando con el devenir de la historia. “La política pública cristaliza una relación social, resultado de la interacción estado-sociedad en cada momento histórico” (Oszlak y O’Donnell, 1981; Barukel, 2014).

No es objeto de este estudio dilucidar las tensiones de esta complicada relación, sin embargo consideramos que es un buen punto de partida para el estudio de la implementación de las políticas públicas, es decir “ese espacio intermedio del actuar, el conjunto de acciones que transformó las intenciones en resultados observables” (Aguilar Villanueva, L., 1993, p. 44).

Las políticas públicas fueron abordadas desde un enfoque predominante denominado “top down”, el cual partía de una concepción jerárquica que hacía foco en la toma de decisión que se encontraba en manos de funcionarios políticos mientras que los empleados eran los meros ejecutores de las ordenes de sus superiores. De esta manera, se realiza un corte tajante entre los funcionarios planificadores que asignan recursos y plantean objetivos determinados y una segunda parte ejecutora independiente de la primera. Ante estos estudios, enmarcamos el presente trabajo desde un esquema que expresa una noción diversa a la anterior, es decir entiende la política pública “desde el suelo, desde las interacciones específicas que suceden entre sociedad y gobierno en los niveles operativos (“inferiores”) de una organización pública local” (Aguilar Villanueva Luis, 1993, p. 84).

Así, se cambia el énfasis otorgado a los funcionarios para darles mayor espacio a los operadores de la política, a aquellos que la hacen efectivamente posible y que mantienen un contacto directo con los ciudadanxs y conocen el territorio donde ejecutar una política. Este modelo denominado “bottom up” es a partir del cual nos proponemos estudiar el caso de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario.

En los últimos años de la escuela secundaria empezó a surgir en mí un interés relacionado con los derechos de la mujer. Antes de finalizar mi formación, una de las materias implicaba la realización de un trabajo de investigación sobre una temática a libre elección, por lo que, junto con una compañera, aprovechamos la oportunidad y decidimos tratar el derecho al aborto. Para ello, realizamos un afiche que colocamos en cada uno de los salones de la secundaria que bregaba a favor del derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, sin embargo, como buena escuela conservadora de calle Oroño, el director ordenó quitar cada uno de ellos. Las ganas de continuar

estudiando esta temática estuvo latente (y sigue estando) al momento de finalizar la Licenciatura en Ciencia Política, por lo que consideré una buena ocasión para retomarlo. De esta manera, comencé a investigar en páginas de Internet qué servicios ofrecían los Hospitales de la ciudad y me topé con la Maternidad Martín y el Hospital Dr. Roque Sáenz Peña. De esta manera junto a mi directora, quien me guió en la definición del tema de estudio, llegamos a las Consejerías que conducían los deseos de distintas mujeres. Comencé a embeberme de la historia que rodea al hospital, lxs profesionales que allí conviven y las redes que tejen con otras organizaciones.

Particularmente se hará hincapié en el rol de lxs trabajadorxs del Hospital que son los implementadorxs de la política de salud sexual y reproductiva, y se basa en la excepcionalidad de la misma que radica en el inicio de ésta herramienta aproximadamente en la década del `80 de una manera muy diversa a la que actualmente conocemos, siendo de vanguardia dado que la legislación acerca de la creación de Consejerías surge recién en el año 2002. La manera de utilizar la herramienta de la Consejería ha mutado siendo un fiel reflejo de cambios sociales y culturales.

Vale aclarar que este estudio no se enmarcará en un período determinado al no existir registros formales que indiquen fehacientemente el inicio de la práctica de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, siendo su basamento principal el discurso oral proporcionado por diversxs trabajadorxs de la salud que serán imprescindibles para efectuar una reconstrucción histórica del proceso.

Tal como plantea Oszlak, O. (1980):

(...) la "relación estado-sociedad" se concreta a través de sucesivas "tomas de posición" (o políticas) de diferentes actores sociales y estatales, frente a cuestiones problemáticas que plantea el propio desarrollo de la sociedad. Luego, no sólo interesa el encadenamiento de comportamientos intra-burocráticos que traducen la política en acción, sino también la dinámica social generada por este proceso y sus efectos de retroalimentación sobre el comportamiento de los actores estatales. (p. 9).

Esto refleja el sentido más profundo del presente estudio de caso al considerar una problemática planteada desde la sociedad y tomada por aquellxs profesionales de la salud que han ido constituyendo una política, en un primer momento no institucionalizada, que se ha mantenido en el tiempo, ha crecido y pretende seguir haciéndolo.

Se profundizarán los factores que han posibilitado la ejecución de la política, teniendo en cuenta la labor constante de lxs trabajadorxs de la salud, los diversos estamentos del Estado involucrados y a su vez, la acción de diversos grupos de presión que se han involucrado y pujado para visibilizar problemáticas y ponerlas así en agenda para luego poder contar con diversos elementos legales referidos a políticas de Salud Sexual y Reproductiva.

Tal como veremos en las siguientes páginas, las consultas más usuales que la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña recibe, son acerca de la interrupción del embarazo, lo cual nos moviliza a dar el espacio para el debate acerca del derecho al aborto legal, seguro y gratuito.

Si bien los derechos sexuales y reproductivos son un hito para el reconocimiento de los derechos de las mujeres, a la vez se diluyen al no reconocer la soberanía del propio cuerpo y la autonomía de tomar sus decisiones. Esta opresión y control ejercido en el cuerpo de la mujer obligando a aceptar el mandato de la maternidad, es una herramienta del patriarcado para mantener la dominación de las mujeres.

De esta manera, reconocemos la existencia de un conjunto de factores interconectados que se deben tener en cuenta para el estudio integral de ésta política. Así y para poder abarcarlos, expondremos la investigación en dos partes que a su vez se desglosarán en capítulos. La primera parte tendrá como objetivo principal realizar un primer acercamiento sobre la temática, por lo tanto nos enfocaremos en aspectos teóricos y legales. En la segunda parte se tratará específicamente la herramienta de las Consejerías para pasar a analizar el caso particular de estudio y acto seguido poder generar una conclusión, que más que llegar a un cierre, supondrá la apertura de nuevos interrogantes.

## **Metodología**

El presente estudio se basará en la perspectiva metodológica cualitativa. Siguiendo a Vasilachis De Gialdino, I. (2006):

(...) abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos (estudios de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales) que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos. (p. 24)

Es de suma importancia generar un aporte desde la visión cualitativa en el ámbito de la salud, dado que las mismas se han encontrado absorbidas por el terreno cuantitativo en consonancia con la medicina entendida desde el paradigma biológico tradicional. A raíz de comprender la salud desde una concepción integral, consideramos a lxs usuarixs de los servicios de salud como “nuevos actores de la salud” (Conde Gutiérrez, F. Septiembre/Octubre 2002, p.406) teniendo en cuenta los comportamientos, prácticas sociales y la palabra de lxs mismxs, dejando de ser objetos/pacientes (paradigma biológico) y ocupar el rol de sujetxs activxs.

La presente investigación toma como eje fundamental el rol de lxs actores sociales, especialmente lxs trabajadorxs de la salud, pero también actores de organizaciones sociales que posibilitaron la implementación de la política de salud sexual y reproductiva en Rosario. Otro factor de gran relevancia para la investigación es el contexto social y los cambios que se producen en el mismo y en donde el/la investigador/a no es imparcial, sino que a partir de su subjetividad e interpretación, deja una impronta a la labor realizada.

Para corroborar la hipótesis de vanguardia del HRSP en cuanto a la sistematización de prácticas de salud sexual y reproductiva, se utilizarán como fuentes primarias y como técnica de recolección de datos, principalmente entrevistas en profundidad realizadas a trabajadorxs de la salud, especialmente de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a diversxs actores relevantes para el estudio de la política en cuestión. De esta manera, realizaremos una entrevista a Daniel Teppaz, quien ha sido Director del HRSP y habiendo realizado su residencia médica y colaborado en la Consejería de dicho Hospital conociendo de primera mano el funcionamiento interno del efector y pudiéndonos brindar una visión más integral. A su vez, ha estado involucrado desde un primer momento con el origen del primer protocolo de aborto no punible en el país

que surge en la ciudad de Rosario siendo una voz que nos será de gran riqueza para el armado de esta tesis. En cuanto a las trabajadoras de la Consejería, nos contactaremos con Susana Arminchiardi, ex Jefa del área de Trabajo Social del HRSP, contando una gran trayectoria en la Consejería y que continúa involucrada en la temática, y Silvia Totó, Jefa del área de Ginecología quien nos ayudará a reconstruir la historia del surgimiento de la Consejería. Asimismo, entrevistaremos a Mabel Gabarra, una referente histórica por el derecho a decidir y una de las primeras mujeres en dar vida a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, legal, seguro y gratuito que es la idea máxima a partir de la cual se engloba el presente trabajo. Por último, pero no menos importante, incorporaremos la palabra de Marina Acuña de Socorristas en Red, quien explicará el funcionamiento de esta organización y comprenderemos la manera de accionar en relación con el servicio público de salud de la ciudad de Rosario.

Además se revisarán recortes de diario, diversos documentos de trabajo, protocolos, leyes nacionales, provinciales y municipales que serán de gran utilidad para comprender de manera integral la política en estudio.

La motivación principal para llevar adelante éste estudio es la pretensión de ocupar un espacio académico vacante acerca del estudio de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductivas en general y más específicamente de la Consejería del HRSP de la ciudad de Rosario de la cual prácticamente no hay información sistematizada dada la corta vida institucional del dispositivo. Esta herramienta genera salud principalmente en la mujer y es un antecedente fundamental en la lucha a favor del aborto legal seguro y gratuito. A su vez, intenta visibilizar las problemáticas usuales a las que se deben enfrentar diariamente lxs trabajadorxs de la salud e implica un llamado de atención al rol de la Municipalidad de Rosario.

## **Parte I. Aproximaciones conceptuales y contextuales.**

### Capítulo 1. Marco teórico

#### **1.1- Salud: ¿concepto estanco?**

A lo largo del tiempo, la definición de salud ha ido variando a raíz de las concepciones predominantes en cada sociedad e historia determinada, por este motivo ha sido motivo de discusiones. Retomaremos en un primer momento el enfoque biológico, y luego aquél que se basa en una mirada más integral de la salud.

En 1948, aún vigente y sin haber presentado modificación alguna desde entonces, la “salud” según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>1</sup>

Esta definición cobra relevancia a partir de ser la OMS un organismo gubernamental reconocido internacionalmente en materia de salud, el cual propone nociones básicas y universales a tener en cuenta por cada Estado Nacional participante al generar políticas públicas de salud. Si bien es una concepción ampliada, es de gran utilidad dado que permite establecer lineamientos de acción en el marco de las políticas de salud a nivel global.

Consideramos necesario comenzar a deconstruir la definición planteada para comprender cada una de sus partes.

Desde el primer momento, la noción de “bienestar” genera ciertos interrogantes a raíz de la homogeneidad que la misma definición busca plasmar. ¿Es posible un “completo bienestar”? ¿Cuáles son los criterios adoptados para que sea mensurable? El bienestar puede tener distintos significados no sólo para diversas personas, sino también en momentos históricos y/o hasta biológicos diversos, siendo íntegramente subjetivo y difícil de cuantificar. Es decir que tanto la “salud” como el “bienestar” son conceptos relativos y en constante variación.

Asimismo, caracterizar la “salud” como un estado, implicaría concebirla de manera estática, mientras que es de suma importancia reconocerla como un proceso expuesto a permanentes transformaciones.

Según la definición brindada por la OMS, las enfermedades son consideradas “enemigos” que debemos eliminar y que son causas ajenas al sujeto no teniendo en

---

<sup>1</sup> Definición plasmada en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

consideración diversos factores (psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales etc.) que modifican nuestro entorno y estilo de vida.

Si bien notamos las dificultades que conlleva la definición de salud brindada por la OMS, debemos reconocer la importancia que la misma plantea para el caso de estudio abordado, dado que es en ese "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" donde se encuentra la subjetividad de cada mujer que toma decisiones para su salud, entendida desde un enfoque más integral, y como contraparte, el respeto que esas decisiones deben generar en el resto de la sociedad, sean o no compartidas.

Retomamos las palabras del Dr. Floreal Ferrara quien plantea que:

La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo del proceso salud-enfermedad, se trata de una actividad incesante, hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.... La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social. (FLACSO. 2011. p. 21)

Entendemos a la salud como un fenómeno que trasciende el campo de la medicina, de lo meramente biológico y en la cual se hace necesaria la interdisciplinariedad para alcanzar una mirada más integral y poder comprender sus múltiples dimensiones, allí donde lo social se imbrica con los diferentes aspectos de nuestro ambiente tanto de manera individual como colectiva.

## **1.2- Salud colectiva y su anclaje latinoamericano**

Consideramos vital tomar la corriente de la Salud Colectiva, la cual nace a mediados de la década de los ´70 y en donde se plantea una articulación entre las diferentes disciplinas e instituciones que atraviesan el campo de la salud teniendo en cuenta el contexto y comprendiendo la salud de manera histórica e integral. Las concepciones de la Salud Colectiva buscan la ampliación del derecho a la salud, el acceso universal a los servicios y el cambio en el perfil sanitario de la población a partir de la intervención política y transformación social a la que se apuesta. La salud es un derecho en sí mismo y también es una condición necesaria para el libre ejercicio de muchos otros derechos claves.

A su vez, integra áreas de las “ciencias sociales”, la “epidemiología” y la “planificación estratégica” e incorpora las categorías de género, poder e interculturalidad, siendo una corriente en construcción permanente.

Así, la Salud Colectiva es definida:

como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. (Silva Paim J. y Almeida Filho N. 1999, *citado en* Liborio, M. 2013, p. 139).

Nace como un nuevo campo de conocimiento crítico de las prácticas y saberes tradicionales que se han desarrollado en el ámbito de la salud, en donde las ciencias naturales han sido fundamentales. Sin embargo, es aquí donde radica una de las mayores diferencias con la corriente de la Salud Colectiva, la cual considera que la “Salud” no se restringe a las ciencias naturales, sino que su alcance es ampliado con la introducción de las ciencias humanas. De esta manera propone una relación dialéctica entre individuo y sociedad, siendo inadmisibles que el individuo exista por fuera del contexto geográfico, histórico y socio-cultural.

De esta manera, en lugar de “público” se adopta el término “colectivo”, lo cual según Cruz Velandia, I. (2005) trae aparejado:

(...) la migración de la problemática de la salud de su antiguo y exclusivo eje, el Estado, visto como espacio hegemónico para la regulación de la vida y la muerte en la sociedad, y en compensación se reconoce el poder instituyente de la vida social (la sociedad civil organizada, la ciudadanía políticamente activa, la democracia participativa, el reconocimiento de la diversidad ideológica y cultural, etc.) en sus varios planos e instituciones. (p. 95)

### **1.3- Salud sexual y reproductiva**

Consideramos necesario realizar un recorrido histórico del concepto de Salud Sexual y Reproductiva para conocer la evolución internacional del mismo y a partir del cual se introducirá en el ordenamiento jurídico a nivel nacional.

Desde 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos se reconoce el derecho a la salud y se hace por primera vez referencia a la salud de mujeres gestantes y a la salud infantil.

A partir de allí comienza a tener más relevancia adoptando la Organización Internacional del Trabajo en 1952 un Convenio sobre la protección de la maternidad. Unos años más tarde, en 1978 patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia se dictó la Conferencia de Alma Ata sobre atención primaria de salud entendida como un derecho humano fundamental que debe ser promovido por todos los pueblos del mundo.

Es de remarcar que los términos utilizados, como “planificación familiar” o “salud materno-infantil” hacían referencia a los procesos reproductivos, es decir al control de crecimiento de la población, entendiendo el rol de la mujer como mero reproductor biológico. El hecho de que se hayan comenzado a establecer políticas de salud para la mujer implicó la contribución de la misma al desarrollo en dos sentidos,

(...) por una parte, como medio para garantizar la reproducción biológica y la sobrevivencia de los hijos mediante los cuidados y la alimentación maternos y, por la otra, como recurso que participa en el desarrollo de programas y servicios de salud que benefician a la población. En ambos casos las mujeres son vistas como un "insumo" para la salud de la población y para el propio desarrollo sectorial. (De Los Ríos, R. 1993. p. 6)

Un año más tarde, la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas supone una declaración internacional de derechos para la mujer basada en la igualdad entre los sexos proclamando vías de acción para que los Estados partes garanticen dichos derechos.

A su vez, se hace referencia al acceso a la información que contribuya a asegurar los derechos a la salud, a la protección de la maternidad y al bienestar de la familia incorporando la información y el asesoramiento sobre planificación familiar. De esta manera se expresa el derecho “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.<sup>2</sup>

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva como tal nació en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) que tuvo lugar

---

<sup>2</sup> Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas (CEDAW) 1979. Artículo 16 “e”. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

en El Cairo en 1994, el cual sustituyó el término de Salud Materna e Infantil. Esta sustitución hace referencia a los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres. Fue considerado un logro a raíz del trabajo que los movimientos feministas realizaron durante décadas. A su vez, a partir de ésta Conferencia, se establece que las políticas de población deben basarse en el bienestar y calidad de vida de los individuos y no como una mera regulación de las relaciones sexuales con fines reproductivos, así comienza a darse una gran importancia al respeto de la sexualidad y la reproducción.

En este sentido, y al reconocerse la salud sexual y reproductiva como derecho, retomamos a Levín S. (2003), quien plantea que:

(...) el orden jurídico, en tanto conjunto de reglas que regula y ordena la convivencia en sociedad, no adopta una posición neutral al cumplir esas funciones. Por el contrario, en esa regulación y en ese orden se ponen de manifiesto posturas, valores, principios y creencias que inciden no sólo en la determinación de los parámetros de esa convivencia, sino además en la conformación jurídica de los sujetos a los cuales van dirigidas esas disposiciones. El derecho tiene la fuerza de la autoridad, tiene el *status* de lo preestablecido y fija el alcance del deber ser. (p. 3)

En la Conferencia de Naciones Unidas, se define a la Salud Reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.<sup>3</sup> En este sentido, se incluye el derecho a recibir información acerca de la planificación familiar y métodos anticonceptivos, en consonancia con aquellas conferencias que anteriormente mencionamos.

También aquí es definida la salud sexual “cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas. El Cairo 1994. Capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Bases para la Acción: 7.2. Recuperado de: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)

<sup>4</sup> Ídem 3.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas también se plantean los derechos de la mujer y el de salud sexual y reproductiva lo cual significó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género.

Allí se aprobó la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing tomada como guía para 189 países que la adoptaron. La misma hizo referencia al empoderamiento de la mujer y a la igualdad de género en diversos aspectos. Allí se reconoce que “la buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación”.<sup>5</sup>

Vale remarcar que en 1996, los Estados miembros de la Unión Europea adoptaron el “Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo”, basados en los principios de El Cairo. Luego, en el año 2000 en la Cumbre del Milenio se plantearon como objetivos la reducción de la mortalidad de mujeres gestantes y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres, sin embargo a raíz de las dificultades para alcanzar dichos objetivos, el plazo se prorrogó hasta el año 2015. Vale mencionar que habiendo ya pasado el año límite, se concluyó que múltiples servicios y derechos no son garantizados, que las enfermedades de transmisión sexual aumentan así como también sucede con la violencia contra las mujeres, que la mortalidad de mujeres gestantes no se redujo sino que de manera constante surgen nuevas problemáticas que atender y que aún es necesario mucho trabajo para lograr la igualdad pregonada.

Entendemos que la Salud Sexual y Reproductiva esta ligada a la sexualidad, la cual nace con la persona y evoluciona moldeando su identidad en cada fase de desarrollo, época y sociedad particular.

“El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano; es más amplio que el de sexo, implica conocimientos bio-psicológicos, socio-culturales, políticos, económicos y religiosos de la relación entre los sexos. Se experimenta o expresa en formas de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades etcétera. En resumen, la sexualidad se practica y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.”  
(Vasallo Mantilla, C. 2007. p. 2)

La sexualidad es una construcción social determinada por las relaciones, instituciones, cultura, contexto con el que convivimos y nos formamos desde que nacemos. De esta

---

<sup>5</sup> Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas. Beijing 1995. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

manera, se van tejiendo redes, producciones culturales, sociales y políticas que definen nuestra identidad y la sexualidad al no ser estática, también va mutando al modificarse la sociedad misma, cultura e historia.

#### **1.4- Derechos sexuales y derechos reproductivos. Caminos autónomos**

Habiendo realizado esta historización necesaria para el trabajo en cuestión, haremos mención a la importancia del movimiento feminista en la lucha por el cuestionamiento de las visiones hegemónicas sobre la sexualidad. Particularmente haremos énfasis en lo que se denominó “segunda ola” siguiendo a Varela, N. (2005) como aquel período que se da desde la mitad del Siglo XX hasta el Ciberfeminismo que podemos ubicar en los inicios del Siglo XXI. Este periodo se caracteriza por la problematización de la dominación masculina y por el quiebre a la domesticidad obligatoria de la mujer en un contexto político internacional donde surge una explosión de nuevos movimientos sociales y con ellos nuevas maneras de manifestarse.

El libro de Betty Friedan, “*La mística de la feminidad*” (1963) fue el que inauguró la expresión de éste período, entendiendo que

(...) el problema era político: la mística de la feminidad, que en realidad era la reacción patriarcal contra el sufragismo y la incorporación de las mujeres a la esfera pública durante la Segunda Guerra Mundial, identifica mujer con madre y esposa, con lo que cercena toda posibilidad de realización personal y culpabiliza a todas aquellas que no son felices viviendo solamente para los demás. (Varela, N. 2005, p. 79).

A su vez, se definió el patriarcado como “un sistema de dominación masculina que determina la opresión y subordinación de las mujeres” poniendo énfasis en la sexualidad, no conformándose con las reivindicaciones logradas en el espacio público (como la igualdad en el trabajo, la educación o los derechos civiles y políticos) sino que se hace necesario transformar el espacio privado, de allí surge el lema “lo personal, es político” (Varela, N. 2005, p. 85).

Este proceso fue clave para analizar las relaciones de poder entre hombres y mujeres y comenzar a plantear la escisión de la mujer como mera reproductora biológica y trazar el camino hacia la liberación de la opresión.

Históricamente, los derechos sexuales y reproductivos fueron tenidos en cuenta realizando una asociación directa entre mujer y maternidad, en donde el foco sobre la

salud de la mujer fue puesto en relación al proceso reproductivo y también como factor de producción. Paulatinamente se fue distanciando ésta concepción, entendiendo la importancia de los servicios de salud, del derecho al goce y de la libre expresión sexual. “La deconstrucción de la historia de la vida privada fue un camino para que las mujeres comprendieran las formas de poder que eran ejercidas sobre sus cuerpos y que los transformaban en un lugar de desposeimiento de la propia existencia”. (Ávila, M. B. 1999, p.64)

La desigualdad de género y la discriminación han sido y continúan siéndolo aún hoy, grandes obstáculos que deben ser enfrentados vehementemente. “Los Derechos sexuales y reproductivos fueron creados y propuestos por los movimientos de mujeres para hacer más justa y democrática la vida social y extender la idea de igualdad y libertad de la esfera pública a la esfera privada. Deben ser ejercidos sin ningún tipo de coerción o discriminación, porque son parte del ejercicio de la ciudadanía”<sup>6</sup>.

Al ser la salud un derecho humano esencial, los derechos sexuales y reproductivos son inalienables y forman parte integral de los mismos.

Derechos a la libertad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad y salud sexual, a la privacidad y educación sexual, a ejercer la preferencia sexual libremente y sin discriminación son parte de los derechos sexuales. Éstos implican disfrutar una vida sexual libre, satisfactoria, elegida, sin violencia, riesgos ni discriminación.

Para la OMS la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Así, los derechos reproductivos “se refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados”<sup>7</sup>.

Ejemplos de los mismos son el derecho a la atención gratuita e integral de la salud reproductiva en ambientes de respeto, confidencialidad y preservación de la intimidad, derecho a la libre elección e información sobre métodos anticonceptivos y a acceder a los mismos de manera gratuita, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA, derecho a tener actividades sexuales de manera

---

<sup>6</sup> Carta de Guanabara. Diciembre 2001. Recuperado de: <http://agendadelasmujeres.com.ar/notadesplegada.php?id=2465>

<sup>7</sup> Argentina. Ministerio de Salud Nacional. (2013) Derechos sexuales y derechos reproductivos. Leyes que reconocen tus derechos. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000677cnt-Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>

consensuada, no sufrir violencia, abuso o coerción sexual y corporal y el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, entre otros.

### **1.5- Implementación de políticas públicas. Modelo Bottom up**

El estudio de las *políticas públicas* tuvo su acto fundante en manos de Harold D. Lasswell quien a mitad del Siglo XX (más específicamente en 1951) acuñó el término (policy sciences) en pos de:

(...) mejorar el desempeño administrativo y la acción gubernamental del Estado (...) Este sería un trabajo transdisciplinario en torno a la hechura y el proceso de las políticas públicas, con el fin de conocer y explicar tanto la formación y ejecución de las políticas, como mejorar su contenido concreto mediante la aplicación de conocimiento usable (Lindblom C. E. y Cohen, D. K. 1979, *citado en* Álvarez, Y. A. y Valencia Agudelo, G. D., 2008, p. 95).

Se refleja aquí la clásica dicotomía entre administración y política, planteada por Woodrow Wilson, en donde la política implica la toma de decisión y la administración se encarga únicamente de cumplirla. Para el autor, estas dos esferas son autónomas y cada una con sus propias competencias y acciones determinadas.

Si bien desgastada, esta tajante distinción de roles continuó guiando los estudios de políticas públicas durante las décadas de los `50 y `60 aunque muchas veces “disimulada bajo otras etiquetas” en palabras de Oszlak, O. (1980, p.2), como al hablar de formulación por un lado y de implementación de políticas públicas por el otro.

Durante estos años la implementación fue un aspecto relegado mientras que se priorizó el momento de decisión, por lo que, se suponía que una vez aprobado el plan, ley o programa, la ejecución de los mismos se realizaba de manera racional y automática.

Tal como plantea Subirats, “parecía que con anterioridad los especialistas se hubieran obsesionado con la formulación de las políticas, dejando los detalles prácticos a los administradores” (Subirats, J. 1989. p. 101) y en consecuencia, a partir de los años `70, en un contexto de crisis económica y fracaso de la aplicación de políticas en Estados Unidos, se le comienza a dar importancia al estudio de la implementación de las políticas públicas, partiendo de la multiplicidad de factores que inciden luego de la toma de decisión y negando la automaticidad de la ejecución de las políticas.

Pero ¿a qué nos referimos al hablar de implementar una política pública? Para ello, retomamos a Aguilar Villanueva, quien expone que “por “política” se entiende frecuentemente “una declaración de intenciones, (...) una declaración general de metas y objetivos” es decir aquello que se desea realizar, pero a su vez, también expresa que “también se entiende por “política” el “comportamiento actual”, “la meta y su actual cumplimiento.” (Aguilar Villanueva, L. 1993, p.44). Por lo tanto, continúa el autor:

“entre el extremo de un concepto de política como “declaración de intenciones” – anterior a toda acción- y el extremo del otro concepto de política “como declaración de resultados”-posterior a toda acción- hay que reivindicar y recuperar el espacio intermedio del actuar, el conjunto de acciones que transformo las intenciones en resultados observables. Este espacio intermedio del actuar es precisamente el acto de implementación.” (Aguilar Villanueva, L. 1993, p.44).

De esta manera, entendemos que estudiar la implementación de la Consejería del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña es la perspectiva adecuada que nos brinda un estudio y análisis más acabado de la política en cuestión y el cual resulta sumamente valioso para poder reconocer las acciones diseñadas para llevar a cabo resultados, comprendiendo que la implementación es un proceso constante, que se renueva momento a momento a raíz del surgimiento de constantes desafíos alimentados por lxs usuarixs y lxs trabajadorxs del Hospital quienes, tal como veremos luego, son lxs implementadorxs de esta política.

Los primeros estudios sobre la implementación fueron realizados bajo un manto de frustración y desencanto con el objetivo de alcanzar respuestas capaces de explicar el fracaso de las políticas gubernamentales de la década anterior que se basaron en la racionalidad de la decisión, sin tener en cuenta los diversos factores que envuelven a las políticas públicas.

Retomaremos dos modelos analíticos utilizados para explicar la implementación de las políticas públicas, para luego, definir a partir de cuál de ellos analizaremos la implementación de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña.

El primer modelo analítico es el *top-down*, el cual pretende divorciarse del método tradicional, y tener en cuenta diversos factores en la aplicación de una política. Expresa que el éxito o fracaso de la política depende de cuatro factores que son 1) la existencia de determinados objetivos, los cuales indican una gran racionalidad, 2) los recursos disponibles, 3) la comunicación interorganizativa y capacidad de control y 4)

las condiciones económicas, políticas y sociales intervinientes. Subirats J. sostiene que este modelo parte “de la hipótesis de que es posible separar netamente elaboración y puesta en práctica de una política, y que los “implementadores” son de hecho los agentes de los que han decidido.” (1989. p. 111). En este esquema que parte de una primacía jerárquica de la autoridad encargada de tomar decisiones de manera racional, siguiendo objetivos determinados y teniendo recursos suficientes y control del contexto, lxs implementadorxs lograrán el éxito de la política. Así, de esta forma “lo realmente determinante es la decisión política que se toma en los altos niveles del gobierno y que desciende a los niveles inferiores para ser simplemente ejecutada.” (Aguilar Villanueva, L. 1993, p. 86).

De esta manera, se basa en un contexto controlado, estable e impermeable basado en la coherencia entre las diferentes variables, lo cual indica un ideal imposible de lograr. Siendo que retrospectivamente el estudio de políticas públicas ha estado signado por enfoques jerárquicos, plantearemos el modelo “*bottom up*” que es a partir del cual analizaremos la implementación de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital en análisis.

El modelo “*bottom up*” se diferencia del anterior dado que toma una perspectiva de análisis desde abajo hacia arriba. Aquí se le da gran importancia a lxs encargadxs de implementar la política, entendiendo que lxs mismxs al tener libertad de acción y por lo tanto cierto poder sobre diversos factores que podrían transformar los objetivos iniciales de la implementación de una política determinada. Así lo sostienen Van Meter y Van Horn quienes plantean que “el poder que tienen los participantes de nivel inferior en las organizaciones aumenta a causa de las actividades de sus superiores, quienes suelen tener muy poco conocimiento de lo que sus subordinados hacen.” (Van Meter, D. S. y Van Horn, C. E. 1993, p. 110).

Este modelo enfatiza la multiplicidad de actores intervinientes en las políticas públicas, reconociendo no solo aquellos que participan de primera mano, sino también aquellos grupos de presión que manifiestan interés en los resultados de la aplicación de una política. Subirats indica que “convendría partir del impacto producido, para ir progresivamente “subiendo” hasta la decisión, tomando primero en consideración las interacciones entre los órganos administrativos y los sujetos externos que se ven afectados por la política a aplicar.” (Subirats, J. 1989.p. 113).

Acuñaando el término de Lipsky, los “burócratas al nivel de la calle” (Aguilar Villanueva, L. 1993, p. 85), es decir, aquellxs empleadxs públicos que están en pleno contacto con la ciudadanía y que conocen las demandas de la misma y los recursos con los que cuentan, son lxs *policymakers*, lxs implementadorxs de la política. De esta manera, el foco se ubica en la acción de lxs operadorxs de la política.

En relación al caso de estudio en cuestión, no caben dudas que lxs trabajadorxs de la salud del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña han creado las bases para la formulación de una política como es la creación de Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva que en un segundo momento han regulado su trabajo.

La historia de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del HRSP es de larga data a pesar de que ha funcionado, de manera diversa a la actual, desde la década del `80, institucionalmente hablando se crea como tal en el 2014 a raíz de ser incorporada en el año 2002 con la ley N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Desde la década del `80 comienzan a conformarse grupos interdisciplinarios sobre salud sexual y reproductiva a raíz de demandas planteadas por lxs usuarixs del Hospital y también gracias al espacio brindado por sus trabajadorxs, quienes sin contar con parámetros legales sobre los cuales basarse, comenzaron a organizarse internamente para brindar un nuevo servicio público que inicialmente se realizó dentro de los consultorios, para actualmente contar con un espacio identificado por pacientes y demás trabajadorxs del Hospital, con días y horarios determinados. La fortaleza de lxs trabajadorxs del Hospital junto con la de diversos grupos que ejercían (y ejercen) presión para visibilizar problemáticas comunes en cuanto a la salud sexual y reproductiva dio lugar a uno de los primeros frutos con la sanción del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Acordamos con Berman, P. (1993), quien postula que es de suma importancia la relación existente entre una política y las condiciones del entorno en un momento dado (p. 284). La implementación de la Consejería en el HRSP fue posibilitada por un cambio a nivel social, cultural y político, los cuales están sumamente interrelacionados dado que dieron lugar a que ciertos reclamos sean atendidos generando bases legales sobre las cuales apoyarse y a partir de allí, construir.

A su vez, y basándonos en la tipología de Berman, ubicamos el presente estudio dentro del nivel de análisis de la micro-implementación de las políticas públicas, dado que nos basamos en una organización prestadora de servicios, es decir, un Hospital de la ciudad de Rosario, en donde “en respuesta a las acciones federales, las organizaciones locales tienen que diseñar y poner en ejecución sus propias políticas internas.” (Berman, P. 1993, p. 292).

La Consejería del HRSP se gestó de manera paulatina, pero siguiendo las características particulares de su contexto, es decir, el hecho de que esté ubicado en la Zona Sur de la ciudad de Rosario y ser el hospital referente de los Distritos Sur y Suroeste moldeó su manera particular de funcionamiento que se diferencia de otras

zonas de Rosario, a pesar de convivir en una misma ciudad, dado que expresan realidades completamente diversas<sup>8</sup>.

Para que la micro-implementación sea efectiva, debe existir una adaptación mutua entre el proyecto y el contexto organizacional. En el caso de estudio, la legislación ordenó un proyecto que existía previamente, por lo cual reacomodó variables que no poseían una estructura formal, y por otro lado se establece una adaptación referida al contexto socio-cultural propio del HRSP en manos de lxs operadorxs de la política.

El éxito de la implementación de una política se logra cuando “los objetivos y métodos del proyecto se modificaron para ajustarse a las necesidades e intereses de los directivos y operadores locales y éstos a su vez cambiaron para poder ajustarse a los requerimientos del proyecto”. (McLaughlin, 1976, *citado en* Aguilar Villanueva, L. 1993, p. 83).

---

<sup>8</sup> Para conocer la organización del servicio de salud en Rosario ver Parte 2 Estudio de caso, 3.1. Salud pública en la Municipalidad de Rosario, p. 39.

## 2. Capítulo 2. Salud Sexual y Reproductiva en Argentina

### **2.1- Historia de los Derechos sexuales y reproductivos en Argentina**

A raíz de considerar que las políticas de natalidad y las de población están íntimamente relacionadas, creemos necesario introducir aquellas políticas públicas que han sido tomadas a lo largo de la historia Argentina en relación a los derechos sexuales y reproductivos.

Fuertes han sido los objetivos de “poblar” el territorio argentino los cuales relacionaban la dinámica demográfica con el desarrollo de políticas públicas. Si bien éstas ideas de “poblar el desierto” y “gobernar es poblar” representadas por Juan Bautista Alberdi fueron saciadas en parte por el ingreso masivo de la inmigración a fines del Siglo XIX e inicios del XX, la excepcionalidad del comportamiento reproductivo de la población argentina en América Latina radica en que a principios del Siglo XX se mantuvo un crecimiento demográfico lento, producto del declive de la tasa bruta de natalidad, determinada a su vez, por los limitados niveles de fecundidad. Este descenso de la fecundidad se registró entre 1880 y 1910 a raíz de la motivación de la población de regular la fecundidad y de formar familias reducidas.

“La singularidad del caso argentino descansa en el hecho de que esta “transición demográfica” ocurrió antes de la introducción de la anticoncepción moderna (básicamente, la “píldora”), fenómeno que recién se produjo a fines de los años sesenta.” (Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D. 2001, p.32).

Esta transición demográfica implicó una limitación voluntaria de los nacimientos.

A su vez, otra singularidad implicó la adopción de políticas conservadoras pronatalistas lo cual hacen referencia a la reticencia del Estado para reconocer y atender los derechos sexuales y reproductivos. Es más, siguiendo a las autoras previamente mencionadas respecto a la relación con el ámbito internacional, Argentina mantuvo una postura de igual tenor al establecer alianzas con naciones conservadoras en las conferencias de Naciones Unidas de El Cairo en 1994, Beijing en 1995 y en sus revisiones posteriores.

Las ideas de superpoblación fueron en aumento luego de la Segunda Guerra mundial relacionándolas directamente con la pobreza y la imposibilidad de alcanzar el desarrollo. De esta manera, y para controlar esta “superoblación” diversos países, con Estados Unidos a la cabeza y organismos internacionales, fomentaron políticas de regulación de la natalidad en países de América Latina. Argentina junto a la Iglesia

Católica continuó sosteniendo políticas pronatalistas pero sólo en el terreno de lo discursivo, dado que no se efectuaron políticas claras en pos de lograr éste objetivo.

En la mayor parte del mundo la década de 1960 representó un quiebre no sólo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sino en un contexto social, político y cultural. Es en ésta década cuando surge la pastilla anticonceptiva como un mecanismo moderno, inicialmente pensado desde la idea de la planificación familiar, en donde el anticonceptivo no representaba la liberación sexual, sino que estaba enmarcado dentro del parámetro familiar.

Este hecho revistió suma importancia, sin embargo, dentro del feminismo existieron diversas posturas. Por una parte se entendió la pastilla anticonceptiva como un nuevo control sobre el cuerpo de la mujer y el hecho de que la mujer deba medicalizarse aún no estando enferma, por lo que se demandó un anticonceptivo para varones. Por otra parte, la misma idea expresaba la liberación del cuerpo de la mujer que históricamente fue apropiado no sólo en su capacidad reproductiva por el patriarcado, el esposo, la Iglesia o el Estado para pasar a ser controlado por la mujer.

Si bien Argentina no es ajena a estos movimientos de modernización y secularización dentro de un clima de agitación social y político creciente, las acciones en relación a la salud sexual y reproductiva se basaron en intereses geopolíticos, geomilitares o religiosos. De esta manera, los grandes cambios iniciaron en los años `80 cuando se comenzaron a instalar los derechos sexuales y reproductivos.

Vale remarcar que en Argentina desde el año 1974 al 1977 se organizó el Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional en donde se planteó:

(...) la necesidad de aumentar la población, ya fuera a través de un incremento de la tasa de fecundidad, la disminución de la mortalidad o el fomento a las inmigraciones, e incluyo un informe diagnostico de la situación demográfica del país. El plan disponía la implementación de programas sanitarios, educativos y nutricionales para disminuir la mortalidad, fomentar y orientar a la inmigración, contener la emigración, repatriar a científicos y técnicos, y corregir el desequilibrio regional, promoviendo migraciones hacia las zonas mas deshabitadas.  
(Felitti, K. A. 2004, p. 14)

Sin embargo, en 1974 el Estado argentino adoptó una política represiva mediante el decreto presidencial Nº 659 firmado por Juan Domingo Perón y López Rega que ocupaba el cargo de Ministro de Bienestar Social, el cual dispone:

(...) controlar, mediante el expendio obligatorio de receta médica (por triplicado), la comercialización de anticonceptivos y prohibir el desarrollo de actividades relacionadas con el control de la natalidad. Además, se impidió la prestación de servicios de planificación familiar en los hospitales públicos, con la consecuencia de que sólo los sectores de la población con acceso a la medicina privada contaron con atención especializada en materia de anticoncepción, mientras las clases trabajadoras y los sectores populares quedaron prácticamente desprotegidos. (D'atri, A. 2011, p. 4)

A su vez, la historiadora Felitti, K. A. (2004, p. 14) indica que éste decreto recomendaba realizar estudios sobre el control de la natalidad y realizar campañas de educación sanitaria que prioricen los riesgos de la utilización de métodos y prácticas anticonceptivas. Vale mencionar que éste decreto que estuvo en concordancia con las ideas propugnadas de “poblar” el territorio argentino, a su vez, también fue sostenido durante la dictadura militar de 1976.

Previamente, en Marzo de 1974 mediante el decreto N° 980 se creó la Comisión Nacional de Política Demográfica (CONAPODE), la cual tenía como objetivos “proyectar una política nacional de población e intensificar el crecimiento cuantitativo y cualitativo de la población argentina y su más adecuada distribución regional.” (Felitti, *id*) Se proponía lograr metas demográficas y asesorar al Poder Ejecutivo y Legislativo en relación a éstas temáticas.

Si bien no se logró diagramar un plan súbitamente, para 1977 la junta militar promulgó el decreto N° 3.938, “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”, mediante el cual la CONAPODE entró en funcionamiento legislando y asesorando sobre políticas de población a nivel nacional. Se proponía otorgar incentivos para la protección de la familia, los cuales nunca fueron otorgados, y eliminar aquellas actividades que tengan el fin de controlar la natalidad, las cuales sí fueron cumplidas considerablemente a raíz de la cercanía existente entre la Iglesia y la Junta Militar.

No fue sino en la década del `80, más precisamente a partir del regreso de la democracia que comenzó a darse relevancia a las temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. La Convención por la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la mujer dictada en 1979 fue ratificada por nuestro país recién en 1985.

Si bien existió un clima favorable para dar lugar a políticas de igualdad hacia las mujeres incorporando temáticas de salud sexual y reproductiva, se trató de un proceso complejo y paulatino. Para 1986 y a partir del Decreto N° 2.274 se derogó el Decreto N° 659 y a su vez se dio gran importancia desde el Estado a la difusión y

asesoramiento en lo referente a anticoncepción de manera de ejercer el derecho de decidir el número y espaciamiento de lxs hijxs.

Un año más tarde se creó la Subsecretaría de la Mujer dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, lo cual dejó entrever la necesidad de otorgar un espacio a una temática que se encontraba en agenda. Este espacio se renombra en 1991 como Consejo Nacional de la Mujer dependiente de la Presidencia de la Nación. A su vez, recién en 1993 se deroga el Decreto N° 3.938/77 expuesto por la Dictadura Militar y se adopta la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. El estreno de esta nueva década trajo consigo cambios tales como el notorio rol activo y poder de la Iglesia Católica al intentar introducir la “Cláusula Barra” (inspirada en el Ministro de Justicia Rodolfo Barra) en la modificación de la constitución Nacional, la cual defendía la vida desde el momento de la concepción y hasta la muerte natural. De esta manera, se intentó ponerle coto al debate acerca de la legalización del aborto y de la eutanasia.

En la reforma de 1994 se incorporaron con rango constitucional tratados internacionales concernientes a derechos humanos (Art. 75 Inc. 22 y 23) lo cual cimentó una base importante sobre la cual encarar la conquista de nuevos derechos.

En 1995 se trató un proyecto en Cámara de Diputados en donde se proponía la creación de un Programa Nacional de Procreación Responsable que incluía la provisión de servicios gratuitos en los hospitales públicos.

El principal opositor de la ley era el entonces presidente Carlos Menem (embajador premiado por la Santa Sede), quien instituyó el 25 de Marzo como el “Día del Niño por Nacer”, acción impulsada por el Vaticano en contra del aborto. A pesar de haber caducado en 1997 fue útil para instalar debates que lograron la aprobación de legislación sobre salud reproductiva en diversas provincias argentinas.

## **2.2- Quiebre político y sus alcances progresistas.**

El nuevo milenio se inaugura con una crisis político económico y social que da lugar al ascenso de un nuevo gobierno en 2003, que cede el lugar a políticas progresistas que resultan ser claves para contextualizar el surgimiento de legislación que da lugar a la implementación de la política en salud sexual y reproductiva en el presente estudio. Tal como plantea Mora Scillamá (2007, p. 313), “cualquier intento de historización parte del supuesto de la existencia de una temporalidad que establece alguna correspondencia entre el pasado y el presente”, por lo cual la explosión del 2001 se comprende como un proceso gestado desde los años `70 con el inicio de la dictadura

militar donde se comienza a implementar el modelo neoliberal, seguido de un Estado privatizador y excluyente en la década de los `90.

Es sumamente interesante incorporar el pensamiento de Cremonte, J. P. (2007, p. 383), quien plantea que la crisis del 2001 fue una crisis de sentido, en donde luego de la seguidilla de cinco presidentes en el lapso de diez días y hasta la llegada de Néstor Kirchner, ningún dirigente o actor pudo ordenar esa crisis.

Así, se inició una etapa en donde demandas históricamente relegadas comenzaron a encontrar su cauce siendo parte fundamental de la “dialéctica de las conquistas que las clases subalternas alcanzan dentro del orden social capitalista (...)” (Ogando, M. 2010, p. 20). Es decir que este mecanismo supone una estrategia creada por la clase dominante para garantizar su posición y debilitar de esta manera a las clases sometidas. A partir de la llegada del mandatario mencionado, se registra el inicio de políticas progresistas y ampliación de derechos sociales de avanzada como ser la Ley de Protección Integral a las Mujeres sancionada en el 2009, la Ley de Matrimonio Civil Igualitario sancionada en 2010, la Ley de Identidad de Género sancionada en el 2012, la Ley de Reproducción Médicamente Asistida sancionada en 2013 siendo ejemplos emblemáticos de la ampliación de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

Tal como se mencionó previamente, el hecho de tratarse en la Cámara de Diputados en 1995 la creación de un Programa Nacional de Procreación Responsable dio lugar a la visibilización de esta problemática y la necesidad de que el Estado intervenga. De esta manera, este proyecto continuó latente hasta el año 2002 al aprobarse la ley N° 25.673 mediante la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable aún vigente, pero con nuevas problemáticas a raíz del gobierno de Mauricio Macri iniciado a fines del 2015 quien recortó el personal y disminuyó los fondos que el Estado aportaba, quedando debilitado éste y otros programas nacionales de suma importancia para el desarrollo social.

El programa es vital al hacer énfasis en garantizar el acceso a la información, a los anticonceptivos para toda la población en igualdad de derechos, equidad y justicia social, capacitar en programas provinciales y brindar asistencia a los equipos de salud destinados a tales fines. La ley estipuló igualdad en acceso a los métodos anticonceptivos desde los 14 años en adelante, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos de lxs adolescentes, sin necesidad de ser acompañadxs por una persona mayor.

A su vez, es en el decreto reglamentario N° 1.282/2003 de la mencionada ley en donde se promueve la creación de Consejerías en Salud Sexual y Reproductivo en los servicios de salud pública de todo el país posibilitando el acceso universal y gratuito a información y asesoramiento profesional. El dispositivo es definido como “una

estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género. Las consejerías, en un sentido amplio, constituyen un dispositivo que promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud.”<sup>9</sup>

Dado que las provincias son las responsables directas de la gestión de la salud, la implementación del programa posibilitó el aumento de la disponibilidad gratuita de insumos anticonceptivos en todo el territorio nacional y la coordinación y el apoyo a las iniciativas provinciales caracterizadas por la heterogeneidad en su desarrollo. Los insumos disponibles se sumaron a aquellos ya distribuidos por las provincias que tenían programas e hicieron posible su disponibilidad en las que carecían de toda iniciativa en materia de suministro gratuito. (Ramos, S. Bergallo, P. Romero, M. Arias Feijoo, J. 2009, p. 454).

A su vez, el mismo Decreto N° 1282<sup>10</sup>, brinda a lxs profesionales la posibilidad de establecerse como objetores de conciencia tanto en aquellas instituciones públicas como privadas previa fundamentación y dentro de cada jurisdicción.

Son sólidos avances en comparación con la historia que venimos recorriendo, siendo fruto de pujas constantes de poderes y de intereses entrelazados en donde el rol de los movimientos de mujeres y feministas han sido fundamentales al lograr los derechos alcanzados.

Es importante destacar que mediante la resolución N° 310 en el 2004 se estableció que se debe brindar cobertura del 100% en anticonceptivos a lxs beneficiarixs de obras sociales y medicinas prepagas, mientras que para aquellxs que carezcan de cobertura, el gobierno garantiza anticoncepción gratuita en los Centros de Planificación Familiar. Atendiendo que si bien la manera de nombrar a los Programas o Centros no concuerda con los cambios que se pretenden, implican una consistente política de salud reproductiva incorporada en la agenda estatal.

A su vez, en el 2006 se aprobó la Ley N° 26.150 (a la que la Provincia de Santa Fe adhiere) que establece el Programa Nacional de Educación Sexual Integral que

---

<sup>9</sup> Argentina. Ministerio de la Salud. Presidencia de la Nación. (2010) Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias\\_25072011.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias_25072011.pdf)

<sup>10</sup> Decreto N° 1.282. Artículo 10. Recuperado de: <http://agmer.org.ar/index/wp-content/uploads/2012/07/27-Decreto-1282-reglamenta-la-ley-25673.pdf>

plantea la enseñanza obligatoria de Educación Sexual Integral en los establecimientos educativos públicos y privados tanto en jurisdicciones nacionales como provinciales desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. A su vez, reconoce que cada provincia adaptará los lineamientos básicos de la ley a su realidad sociocultural.

Es importante mencionar la sanción de la Ley 26.529 en el año 2009 que describe los derechos del paciente en su relación con lxs profesionales e instituciones de la salud, reconoce como derecho la asistencia por parte de lxs trabajadorxs de la salud sin distinción alguna y respetando las condiciones personales de cada paciente. A su vez expresa el consentimiento informado que plantea que el/la profesional debe brindar primero la información pertinente para que la persona pueda elegir y/o aceptar de manera consciente determinado procedimiento.

Es de remarcar que la Iglesia ha sido históricamente un actor más que influyente en su relación con el Estado y ha sido un factor de negociación constante en lo que refiere a debates y legislación acerca de derechos sexuales y (no) reproductivos. De esta manera, el Estado y la Iglesia han tenido una relación de apoyos mutuos que han marcado los límites.

### **2.3- Derecho al aborto**

Consideramos necesario realizar un apartado dedicado a la situación jurídica con respecto al aborto en nuestro país.

Nuestra legislación es restrictiva y penalizadora con respecto al aborto a raíz de ser considerado ilegal y de erigirse bajo el mandato de la mujer madre. Se encuentra expresado en el Código Penal Artículo 85 como un delito contra las personas que pena a quien lo efectúa y a la mujer que se causara o consintiera dicha práctica. El aborto es una práctica ilegal, pero lejos de dejar de practicarse por esa condición, se realizan de manera insegura y clandestina, poniendo en riesgo la vida de la mujer. Las principales víctimas fatales son mujeres pobres sin acceso a condiciones básicas de salud. Es importante expresar que el aborto es un derecho humano que se basa en la soberanía del cuerpo de la mujer y en consecuencia, en la libertad de elección sobre el cuerpo. El acceso al aborto es una problemática de clase, de justicia social y de salud pública que implica grandes desigualdades.

A su vez, en el artículo N° 86 se expresa que el aborto no es punible cuando se practica por un/a médicx diplomadx con el consentimiento de la mujer encinta en dos situaciones, por un lado, "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”<sup>11</sup> y “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.”<sup>12</sup> Sin embargo, en Marzo de 2012, la Suprema Corte de Justicia argentina precisó que el aborto es no punible en violaciones cometidas sobre cualquier mujer y además indicó que no es necesario recurrir a la justicia para su realización. No obstante, “en los hechos, no hay aborto accesible en el sistema de salud, aun en los casos no punibles. Los abortos son siempre hechos, con diferentes condiciones de costos, seguridad y eficacia, de manera clandestina.” (Pecheny, M. y Petracci, M. 2006, p. 59). Sin ir más allá, podemos mencionar el caso LMR en el año 2006. El caso contemplaba un aborto no punible por violación, sin embargo y desde el primer momento surgieron diversos obstáculos a superar, desde presiones de sectores conservadores hasta el pedido de denuncia policial. Ante la negativa de parte de distintos hospitales de practicar dicha interrupción debieron recurrir, junto con la ayuda de organizaciones de mujeres, a realizarlo en un circuito clandestino. Es decir, que pese a contar con la herramienta legal para decidir sobre los derechos reproductivos, continúa violándose deliberadamente la normativa que regula estos casos concretos.

Según el Banco Mundial<sup>13</sup>, Argentina posee en el 2015 una tasa de mortalidad de mujeres gestantes de 52 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que países de América Latina en el mismo período como Brasil se encuentran en 44 x 100.000 nv, Chile marcadamente menor con 22 x 100.000 nv y Uruguay con 15 x 100.000 nv. Diversas investigaciones coinciden en plantear que el aborto inseguro es la primera causa directa de mortalidad de mujeres gestantes jóvenes y de escasos recursos.

Al iniciar 2015, el entonces Ministro de Salud Daniel Gollán habló abiertamente sobre aborto y expresó que se calculan en Argentina 500 mil abortos<sup>14</sup> anualmente y que según datos oficiales disponibles del 2013, en ese mismo año 245 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo y que de las mismas, 50 mujeres murieron

---

<sup>11</sup> Argentina. Código Penal. Artículo N° 86. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> Banco Mundial. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>

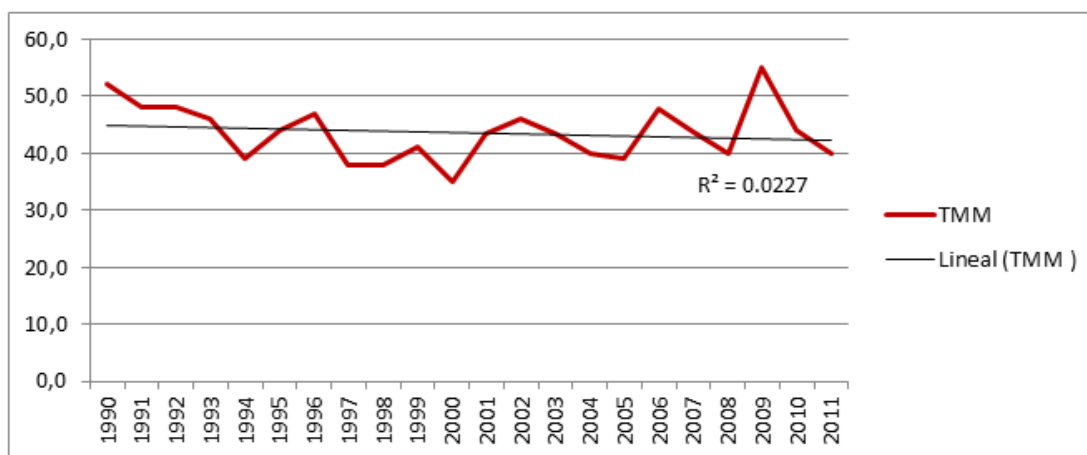
<sup>14</sup> Vale mencionar que es un número aproximado a raíz de que al ser una práctica clandestina no se disponen de datos precisos. La información disponible se refiere a hospitalizaciones producidas en efectores públicos por complicaciones relacionadas con abortos, en los cuales no se distingue entre abortos espontáneos y provocados, por lo que representan solo una fracción de los que ocurren anualmente.

por abortos<sup>15</sup>. La importancia de la despenalización total del aborto es de gran magnitud a raíz de los beneficios para la salud de las mujeres en cuanto a la disminución de la mortalidad, siendo que la clandestinidad de esta práctica implica la principal causa de muerte de personas gestantes.

Sólo para tener algunos datos más, según el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, hasta el año 2012 se registraban 300 fallecimientos anuales de mujeres por causas relacionadas con el aborto inseguro, el embarazo, el parto y el puerperio, muertes que podrían haberse evitado. Teniendo en cuenta los datos aportados por el gráfico a continuación, “los datos de 2011 confirman que la tendencia de la RMM<sup>16</sup> en el país se asemeja a una meseta, lo que confirma una vez más que la situación de la mortalidad materna no ha variado significativamente en los últimos veinte años.” (Romero, M., Abalos, E., Ramos, S. 2013. p. 3).

Gráfico 1.

Evolución de la razón de mortalidad de mujeres gestantes. Argentina 1990-2011.



Fuente: Romero, M., Abalos, E., Ramos, S., (Marzo 2013). La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR). Número 8 .

A partir del año 2015 se hace expresa una modificación fundamental en el relanzamiento del documento producido por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de la Nación, en donde a diferencia de los protocolos anteriores, se reconoce desde el título mismo (“Protocolo para la atención

<sup>15</sup> Argentina. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (Diciembre de 2014) Estadísticas vitales. Año 2013. Información Básica. Serie 5. Número 57. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf>

<sup>16</sup> Razón de mortalidad materna: se define como el número de muertes maternas en un período dado, dividida por el número de nacidos vivos en ese mismo período. Indica el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacimientos (World Health Organization, 2007).

integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”) el derecho de las mujeres a interrumpir legalmente un embarazo, teniendo además resolución ministerial y haciéndose expresa para todo el territorio a nivel nacional.

A su vez, se incorporan distintas dimensiones para solicitar una interrupción legal del embarazo las cuales pueden ser: “el embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios; el embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios; el embarazo proviene de una violación; el embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.”<sup>17</sup> Aún tratándose de una modificación fundamental en beneficio de la mujer, no evita que casos como el de LMR que mencionábamos más arriba, se sigan presentando.

Retomamos a la autora Silvia Levín (2013) quien plantea que:

Las relaciones de género, que operan en el orden político, socioeconómico y cultural, son el resultado de varios sistemas de opresión -de sexo, de clase, de etnia, etc.- que funcionan de manera "entrecruzada" y adquieren un carácter estructural en la sociedad. El sistema androcéntrico que rige esas relaciones somete a las mujeres a un mundo ideal en el cual los patrones que norman la vida social son masculinos, de dominación, jerárquicos y de poder. (p. 13)

De esta manera, nos preguntamos si el sistema político de un Estado de Derecho democrático puede obligar a las mujeres a entregar sus propias vidas para preservar otras.

Al no legalizarse el aborto se vulneran derechos primordialmente el derecho a la vida dado que el aborto ilegal genera complicaciones que llevan a muertes evitables. Impedir un aborto implica negar el derecho a la salud y a la atención médica y es una cuestión de discriminación y desigualdad al vulnerar derechos únicamente de las mujeres.

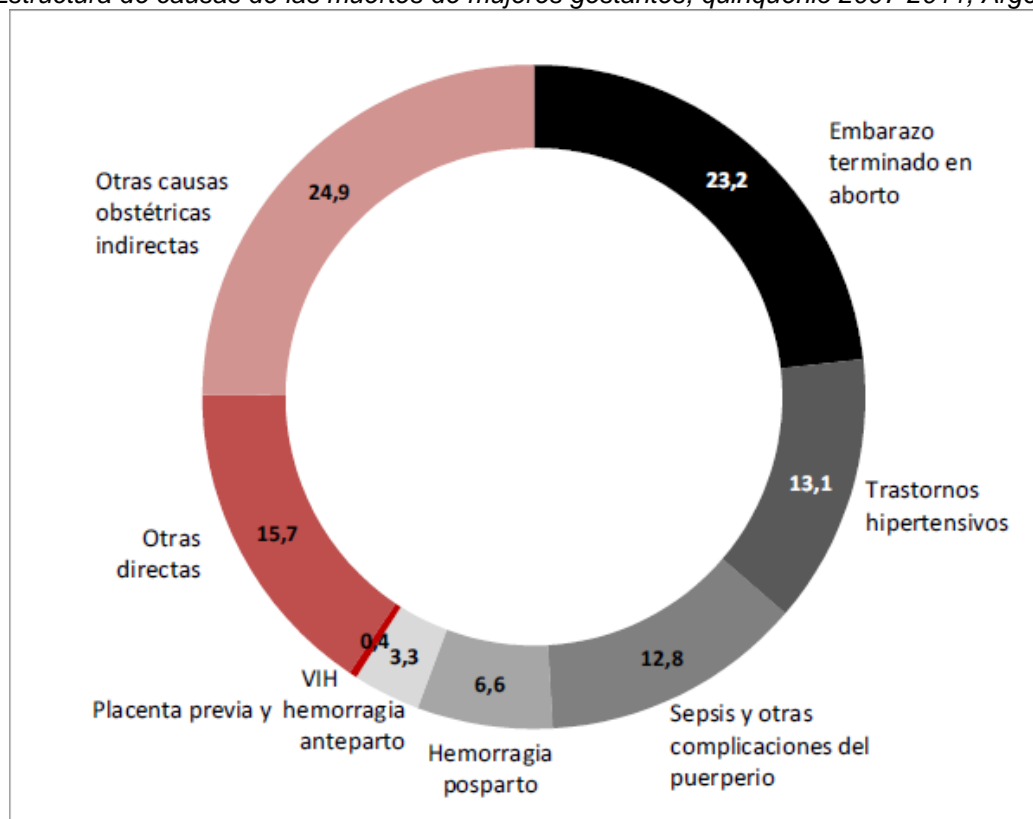
Así, y tal como se puede visualizar en el gráfico 2, en el año 2012 en Argentina hay un 23,2% de embarazos terminados en abortos, un 24,9 % de causas obstétricas indirectas y un 12,8% de sepsis y otras complicaciones del puerperio. Estas otras causas indirectas y complicaciones pueden considerarse también como parte de abortos inseguros y catalogados por trabajadores de la salud bajo otras dimensiones.

---

<sup>17</sup> Argentina. Ministerio de Salud. (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Gráfico 2.

Estructura de causas de las muertes de mujeres gestantes, quinquenio 2007-2011, Argentina.



Fuente: Romero, M., Abalos, E., Ramos, S., (Marzo 2013). La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR). Número 8 .

Cabe mencionar que existe una clara heterogeneidad entre las provincias de Argentina producto del acceso dispar a los servicios, siendo las provincias del Nordeste y Noroeste aquellas que registran altas tasas de mortalidad de mujeres gestantes<sup>18</sup>.

Es de suma importancia la legalización del aborto a raíz de la resistencia que presenta el personal médico que puede declararse objetor de conciencia. En el caso de legalizarse, no existe opción sino obligación de atender una mujer que solicita una interrupción. La no existencia del derecho al aborto y su consecuente penalización hace referencia a la intromisión gubernamental en el cuerpo de las mujeres, lo cual genera la vulneración de la privacidad dado que la decisión sobre el cuerpo es privada. Y en el caso de quedar alguna duda, al no despenalizar el aborto se violan los Tratados Internacionales de Derechos Humanos incorporados en la reforma de 1994. El derecho al aborto legal seguro y gratuito es una deuda de la democracia y nos interpela a todxs como sociedad.

<sup>18</sup> Muerte de mujeres gestantes: es la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y localización del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición, citado en World Health Organization, 2012).

## **2.4-Derechos Sexuales y Reproductivos en la Provincia de Santa Fe**

En lo que respecta a la Provincia de Santa Fe, la misma sancionó en el año 2001 la ley Nº 11.888 que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Allí se promueve la maternidad y paternidad responsable, se garantiza el acceso a la información de métodos de control de fecundidad en igualdad de oportunidades y se proponen capacitaciones al personal. Asimismo, se deja constancia la gratuidad de las prestaciones y se crea el Consejo Asesor del Programa de Procreación Responsable. El Decreto Nº 2.442 que reglamenta ésta ley, estipula que dicho Consejo Asesor deberá estar integrado por dos representantes de la Iglesia Católica, uno por el Arzobispado de Santa Fe y otro por el de Rosario, lo cual deja dar cuenta que nuevamente y tal como hemos vislumbrado anteriormente, la Iglesia Católica ha sido y es, un actor de suma influencia en lo que respecta a los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sin embargo y entendiendo que el Estado es laico, la presencia de un único culto hizo dar marcha atrás con éste pronunciamiento a partir de un decreto del entonces Gobernador Carlos Reutemann a fines del 2002.

A su vez, ya en esta ley se reconocía el derecho a formular objeción de conciencia (que refiere al incumplimiento de una obligación de naturaleza legal cuya realización produciría en el individuo una grave lesión en la propia conciencia) a lxs profesionales, si bien no fue hasta el año 2010 que se creó un Registro público con el fin de resguardar el derecho de la población y respetar las convicciones de lxs trabajadorxs de la salud. La Objeción de Conciencia a nivel Nacional está mencionada en la Ley que crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley de Ligadura Tubaria sancionada en el 2006 sin existir un registro como el que poseemos en nuestra provincia.

En el 2004 la Provincia de Santa Fe sanciona la Ley Nº 12.323 que establece que por medio de los efectores públicos se podrá acceder a los Métodos de Anticoncepción Quirúrgica (ligadura de trompas de Falopio para las mujeres y vasectomía para los hombres) previo consentimiento escrito de las personas e información brindada por lxs profesionales.

Mediante la Resolución Nº 989/05, aprobada por el Ministerio de Salud de la Nación y elaborada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se elaboraron a nivel nacional Protocolos o Guías Técnicas para la Atención Integral de Abortos No Punibles en los años 2007, 2010 y 2015. La diferencia entre los mismos son actualizaciones que se han ido realizando con el fin de realizar mejoras en la atención de mujeres que abortan. También se presentan Guías para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto, las cuales varían en cuanto a praxis médicas. Vale

remarcar que la provincia de Santa Fe adhiere en el 2009 mediante la Ley N° 12.978 a éstos protocolos y guías avalando el uso de misoprostol<sup>19</sup> en efectores públicos provinciales y municipales para garantizar la práctica de una manera segura.

A su vez, se puede mencionar algunos años antes del surgimiento de la Ley de Identidad de Género a nivel Nacional, la Resolución 1877 y su modificatoria N° 2183 ambas del año 2009 en donde el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe garantizó el respeto de la orientación sexual e identidad de género adoptada o autopercebida.

La Ley Nacional de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia contra las Mujeres (N° 26.485) fue sancionada en el 2010 y hace referencia a la eliminación de todo tipo de violencia, sea física, psicológica, sexual, económica y patrimonial o simbólica contra la mujer sea domestica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica o mediática. Aquí la Provincia de Santa Fe adhiere al Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales presentado en 2011.

## **2.5- Derechos sexuales y reproductivos en el Municipio Rosario**

En nuestra ciudad notaremos que ya en el año 1988 a partir de la Ordenanza N° 4.367<sup>20</sup> se crea la Dirección General de la Mujer, la Minoridad y la Familia dependiente de la Secretaría de Promoción Social. Esta ordenanza dio origen al Departamento de la Mujer, posteriormente denominado Área de la Mujer la cual funciona bajo la órbita de la Secretaría de Promoción Social.

Ese mismo año se planeó crear un Consejo Asesor de Apoyo del Departamento de la Mujer (Resolución N° 4.407) integrado por diversos referentes con el objetivo de facilitar el cumplimiento de las metas en el área. Los objetivos de la Dirección General apuntaron a la capacitación de mujeres para lograr mayor autonomía, y mejorar la calidad de vida de las mujeres, incentivar investigaciones y relaciones con instituciones referidas a la mujer y familia, así como también promover campañas específicas para mujeres, asesorando en materia de derechos y estimulando la participación de la mujer. Vale mencionar que a raíz del aumento y complejidad de

---

<sup>19</sup> El Misoprostol es un nuevo análogo de Prostaglandina E1 (PG E1) que comenzó a ser vendido en las farmacias de América Latina desde fines de la década de 1980 con el nombre comercial de Cytotec®, como tratamiento de la úlcera péptica, especialmente en los casos provocados por el uso de anti-inflamatorios no esferoidales 5-7. Su uso con ese fin está contraindicado en embarazadas porque podría causar un aborto.

<sup>20</sup> Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 4.367 de 1988. Recuperado de: <https://www.rosario.gov.ar/mr/normativa/otras-normas/ordenanzas/ordenanza-4367-1988>

temáticas que cada espacio debe abordar, se han ido descentralizando en diversas áreas municipales (área de la mujer, de la niñez, de adolescentes entre otros).

Sin embargo, es recién en 1996 cuando encontramos legislación referente a los derechos sexuales y reproductivos. En ese entonces se dicta la creación del primer Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable<sup>21</sup> en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública Municipal. El mismo puso a disposición de la comunidad información, orientación, métodos y prestaciones de servicios pertinentes que garanticen el derecho humano de decidir libre y responsablemente sus pautas reproductivas, tomando decisiones libres de coerción y sin discriminación a partir de un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad. Aquí se entiende a la salud sexual como un derecho humano básico haciendo énfasis en la educación desde una perspectiva de género. A su vez, se plantea la posibilidad de prescribirse diversos métodos anticonceptivos y de proveerse gratuitamente en los efectores públicos previo consentimiento informado.

Es importante destacar que en el 2001 éste artículo que se explaya sobre los métodos anticonceptivos es ampliado<sup>22</sup> sumándose la anticoncepción de emergencia (pastilla del día después) como un método a ser informado por lxs profesionales de la salud, siendo un aspecto original y audaz en el nuevo milenio no planteado expresamente a nivel nacional o provincial. Entendiendo que “los beneficios que la anticoncepción de emergencia otorga son evitar un embarazo no deseado, evitar abortos con las consecuencias para la salud de las mujeres y, en caso de violación, como legítima defensa de una de las posibles consecuencias de una agresión injusta.”(Teppaz, D. 2007, p. 48).

Para fines de la década de los `90 el Programa se incorpora al Programa de Salud Integral de la Mujer dependiente de la Secretaria de Salud Pública y a partir de la Ordenanza Nº 8.027 del 2006 crea en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. En el año 2003 se sanciona el Decreto Municipal Nº 22.551 el cual encomienda que el Departamento Ejecutivo incorpore indicadores de calidad en la atención brindada en el servicio de Consejería en Salud Sexual y reproductiva dependiente del Programa de Salud Integral de la Mujer. Asimismo, el Departamento Ejecutivo estaba encomendado a enviar anualmente al Concejo Municipal la información relevada en las Consejerías de salud sexual y reproductiva de la ciudad de rosario.

Una acción importante por parte del Municipio de Rosario a partir del Decreto Nº 26.865 sancionado a fines del 2005 fue incorporar mediante la Secretaría de Salud

---

<sup>21</sup> Municipalidad de Rosario. Ordenanza Nº 6.244 de 1996. Recuperado de: <https://www.rosario.gov.ar/mr/normativa/otras-normas/ordenanzas/ordenanza-6244-1996>

<sup>22</sup> Municipalidad de Rosario. Ordenanza Nº 7.282 de 2001. Disponible en: <http://www.notivida.com.ar/legmunicipal/Rosario%20Ordenanza%207282.html>

Pública la Guía para el mejoramiento de la atención post aborto aprobada por la Resolución N° 989/05 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación anteriormente mencionada, entendiendo como tal una política pública que supone un posicionamiento ante los servicios de salud que deben ser brindados en los efectores públicos y privados. La Municipalidad de Rosario fue la primera jurisdicción en utilizarla como instrumento de atención de los abortos no punibles. En el mencionado decreto se hizo referencia a la necesidad de incorporar la atención post aborto a raíz de que la ilegalidad de los abortos implica también la inseguridad de los mismos, siendo un alto causal de muerte para las mujeres, mencionando asimismo tratos inadecuados al solicitar asistencia médica ante abortos incompletos o inseguros.

En el año 2007 y mediante la Ordenanza N° 8.186 se presenta un Protocolo de atención integral para la mujer en casos de aborto no punible según lo establecido por el Código Penal Nacional en pos de garantizar atención médica y psicológica humanizada e integral para realizar la interrupción del embarazo sin riesgos ni discriminación. Es importante destacar que se hace expresa referencia a la negativa de solicitar autorización judicial para solicitar un aborto, siendo únicamente necesaria la decisión de la paciente previo consentimiento informado y del criterio de salud del profesional.

Vale mencionar la existencia de Planes Municipales de Igualdad de Oportunidades y de Trato entre Varones y Mujeres realizados cada 5 años iniciándose en el 2001 como instrumentos participativos orientados a formular políticas públicas para la igualdad de género.

Se reconocen experiencias previas a la sanción de legislación municipal de Consejerías en diversos efectores públicos tales como en el Hospital Roque Sáenz Peña, en el Hospital Alberdi de la zona norte de nuestra ciudad, en efectores provinciales de Granadero Baigorria, como también de San Lorenzo. Sin embargo, es recién en Noviembre de 2014 cuando se aprueba en Rosario la creación de las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva (CISSyR)<sup>23</sup> como dispositivos encargados de promover y prevenir la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género. La autoridad de aplicación es el Instituto Municipal de la Mujer en articulación con la Secretaría General que tiene a su cargo el programa de descentralización y las Secretarías de Promoción Social y de Salud.

Entre sus funciones se encuentran el brindar información correspondiente de manera sencilla, promoviendo el empoderamiento para la toma de decisiones de una vida sexual saludable y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, asimismo se

---

<sup>23</sup>Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 9310. Recuperado de Boletín Oficial Electrónico: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=102599>

establece la entrega de anticonceptivos mediante una atención privada y personalizada.

Según la legislación municipal, el dispositivo puede brindarse en los Centros Municipales de Distrito, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y de la sociedad civil. Por su parte estarán conformadas por un equipo de trabajo integral e interdisciplinario (psicología, psicología social, trabajo social, sociología, antropología, derecho, educación, etc.).

Tal como hemos analizado, la legislación a nivel municipal, provincial, nacional e internacional no han seguido un orden específico, sino que se ha ido desarrollando de manera heterogénea. De esta manera, hemos podido establecer que los cambios en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos han surgido inicialmente a nivel local, luego a nivel provincial y a nivel nacional.

## **Parte II. Estudio de caso**

### **3. Capítulo 3. Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva.**

#### **3.1- Salud pública en la Municipalidad de Rosario**

La década de los `90 dejó evidenciado los efectos de las políticas de ajuste, de apertura económica y de privatización llevando a grandes masas de población a situaciones de pobreza e indigencia enmarcadas en la llamada “reforma del Estado”. En ésta década, el crecimiento económico fue acompañado por una acentuación creciente de la desigualdad social. La reforma del sistema de salud a nivel nacional implicó la transferencia de los servicios de salud a las provincias y municipios.

Una de las consecuencias más importante de las transformaciones de los '90, fue el aumento de la población que perdió su cobertura médica mediante el sistema de obras sociales y medicina privada, incrementando también los niveles de vulnerabilidad socio sanitaria de la población y la presión de la demanda sobre el sector público de salud. (Jiménez, C. A., 2009, p. 214)

De esta manera, desde 1989 y particularmente hablando, en la ciudad de Rosario, se priorizó la Salud Pública iniciándose éste proceso con la intendencia de Héctor Cavallero. Entre 1995 y 2000 el presupuesto en el área de Salud creció considerablemente pasando “de 58 millones de pesos a 66 millones” (Jiménez, C. A., 2009, p. 214) en el mandato de Hermes Binner, además de lograr:

(...) la descentralización de los servicios de atención primaria, recuperar la capacidad instalada, capacitar al personal, desarrollar investigación, impulsar la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, articular en red los diferentes niveles e impulsar la participación social. Dichos lineamientos estratégicos fueron acompañados por el planteo de marcos normativos. Desde 1995 siguieron dos grandes directrices: la descentralización y la participación. Asimismo, se crearon varios centros de atención y capacitación y se pusieron en marcha diversos dispositivos orientados a garantizar el derecho a la salud. (Jiménez, C. A., 2009, p. 214).

Es importante destacar la implementación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) en 1996 promoviendo la atención Primaria de la Salud enfatizando la

promoción, prevención y participación en consonancia con la Secretaría de Salud Municipal.

En el proyecto del presupuesto municipal de Rosario correspondiente al año 2015 se destinó el 57%<sup>24</sup> de los recursos en áreas sociales como salud pública, promoción social, cultura y servicios públicos, mientras que para el año 2016 se prevé para las mismas áreas un 56.35%<sup>25</sup> de los recursos.

En la ciudad de Rosario coexisten dos jurisdicciones político - administrativas, una provincial y una municipal, por un lado el subsector público provincial y el subsector municipal. Entre ellos se encuentran diferencias en cuanto a los modelos de atención de salud sumado a diferencias en cuanto a los servicios de salud, estrategias de prevención o promoción brindadas. Esto ha significado obstáculos en cuanto a la articulación entre los mismos y al poder lograr mayor eficacia en cuanto a los servicios brindados.

A su vez, es interesante mencionar que para el año 2012:

(...) el 60,0% tiene obra social como cobertura médica, mientras que quienes cuentan con una mutual, prepaga o algún servicio de emergencia ascienden al 13.0%; finalmente alrededor del 27.0% se encuentran dentro de la población que revisten una situación en la que no pagan ni le descuentan ningún tipo de aportes para acceder a alguna cobertura. Podría decirse que un cuarto de la población son los que, por sus condiciones en este indicador, recurren al sistema de salud pública. (Woelflin, M. L., Ghilardi, F. y otros, 2013, p. 4).

El sistema de salud a nivel macro está compuesto por el subsector público, por el subsector de seguro social obligatorio (organizado en torno a entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de actividad denominadas Obras Sociales) y el subsector privado.

A nivel municipal, el sistema de Salud Pública de Rosario<sup>26</sup> trabaja en red y se divide en tres niveles. El primer nivel constituye el espacio de mayor resolución y está conformado por los Centros de Salud Municipales (actualmente y según datos oficiales publicados en la página de la Municipalidad de Rosario, contamos con 50 centros de

---

<sup>24</sup> Proyecto de Presupuesto Municipal Rosario 2015. Recuperado de: <http://www.rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/16406/title/La-Municipalidad-present%C3%B3-el-plan-de-Presupuesto-2015#.VmW0u9lvddg>

<sup>25</sup> Proyecto de Presupuesto Municipal Rosario 2016. Recuperado de: [http://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/presupuesto/proyecto\\_presupuesto\\_2016.pdf](http://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/presupuesto/proyecto_presupuesto_2016.pdf)

<sup>26</sup> Página Oficial Municipalidad de Rosario. Recuperado de: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/sistemasalud1.jsp>

salud) y algunas vecinales, distribuidas estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente (actualmente seis distritos).

Aquí predomina la estrategia de atención primaria de la salud (APS). Este enfoque tiene su origen a en la Declaración Internacional de Alma Ata y se define como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con el espíritu de auto responsabilidad y auto moderación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”<sup>27</sup>

El segundo nivel de atención está constituido por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Este nivel esta destinado a la atención de consultas especializadas, con un desarrollo importante de exámenes complementarios y cirugía ambulatoria priorizando un tratamiento inmediato.

Por último, el tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

### **3.2- ¿Que son las consejerías en salud sexual y reproductiva?**

Las “consejerías” se encuentran en el marco de la normativa vigente en nuestro país, considerándose como ley fundante aquella que alude al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada en el 2003. Se parte desde la base de la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos ubicados en los principales tratados Internacionales con rango constitucional reconocidos en la reforma de la Constitución Nacional de 1994 como ser

---

<sup>27</sup> Declaración de Alma Ata 1978. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)

la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

En el año 2010 a nivel Nacional se presentó un documento de trabajo que expresó una propuesta de diseño, organización e implementación de Consejerías en salud sexual y salud reproductiva como incentivo a la creación del dispositivo brindando información para su implementación exitosa. El documento de trabajo se ha ido actualizando dando lugar en 2014 a un nuevo escrito fortaleciendo los espacios de consejerías integrales y ofreciendo diversas herramientas para organizar y gestionar estos espacios en pos de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

La implementación de las Consejerías hace referencia a una variación en el modelo tradicional<sup>28</sup> de atención de la salud centrándose en la autonomía e información de lxs usuarixs tanto en lo que respecta a la sexualidad y cuidado del cuerpo como en la función reproductiva. De esta manera se tienen en cuenta las particularidades presentes en cada caso, la diversidad sexual, las condiciones de vida y socio culturales de la población usuaria. Se propone como objetivo base fortalecer la autonomía para la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de manera libre, consciente e informada. Así, esta herramienta implica también un gran cambio cultural dado que así como en otros espacios, en el sistema sanitario, el rol de la mujer está íntimamente ligado al mandato de mujer madre, y las consejerías se proponen modificar el enfoque tradicional para centrarse en la autonomía de la mujer. Se basa en el reconocimiento de la persona usuaria como sujetx de derechos y no como paciente enfermx, se basa en romper con el poder médico instituido.

Tal como se planteó anteriormente, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable considera a las consejerías como una estrategia fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Desde esta perspectiva, los espacios de consejería suponen un desafío en la práctica del rol profesional, en tanto incluyen estructuralmente la subjetividad de la persona usuaria y el contexto social en que está inmersa, en consonancia con el concepto de salud colectiva previamente definido. A su vez, tal como el ex Director del HRSP

---

<sup>28</sup> El modelo de atención tradicional en las instituciones de salud se centra en el aspecto biológico. El acto médico, o la consulta, repite un mismo modelo que organiza y estructura la atención que cada profesional aprendió y fue construyendo a lo largo de su experiencia. Ese aprendizaje es sostenido, en la gran mayoría de los casos, desde la construcción del pensamiento clínico básicamente hipotético-deductivo. Se aísla la dimensión subjetiva en pos de lograr la objetividad deseada del proceso clínico.

Daniel Teppaz<sup>29</sup> remarcó, es necesario tener en cuenta el conocimiento del contexto social y cultural de la población con la que se trabaja para alcanzar los objetivos propuestos.

Asimismo, la consejería se erige como un espacio de promoción, prevención y asistencia como parte integrada al proceso de atención de la salud aproximando a lxs usuarixs a sus derechos. Se propone acompañar en lo que respecta a la toma de decisiones para la construcción de autonomía acerca de anticoncepción, embarazo, parto, interrupción del embarazo (pre y post aborto), ejercicio de la sexualidad, prácticas de cuidado, identidad sexual y de género entre otras.

Lxs profesionales de la Consejería integral en salud sexual y reproductiva están organizadxs de manera interdisciplinaria y poseen varias dimensiones tales como:

- Brindar información adecuada y oportuna sobre salud y derechos.
- Alojar, en el sentido de construir un espacio donde se habiliten expresiones de la subjetividad, las inquietudes, dudas, deseos y temores, para resignificarlos, y apuntalar a las personas en su propio cuidado.
- Orientar y facilitar el acceso a determinadas prácticas y cuidados dentro del sistema de salud.
- Acompañar, con estrategias de educación para la salud, en la construcción de autonomía y en la concientización sobre el ejercicio de los propios derechos sexuales y reproductivos.

En todos los casos las consejerías son espacios de asesoramientos personalizados y únicos y por tal motivo deben estar orientadas por la singularidad de la situación del/la consultante en donde lxs profesionales adoptarán un rol activo pero no invasivo que pueda ser continuado en el tiempo. Las acciones no estarán orientadas a la medicalización de la sexualidad, sino al trabajo preventivo y constructor de cuidados, generando un espacio favorable y de confianza.

Según el Documento de Trabajo de las Consejería en Salud Sexual y Reproductiva presentado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2014<sup>30</sup>, las mismas deben orientarse hacia el enfoque de género y la perspectiva de derechos. Entendiendo como enfoque de género al abordaje que tiene en cuenta las desigualdades existentes entre las personas por su género y su orientación sexual, producto de la persistencia de relaciones de poder y los mandatos sociales. Atender desde una perspectiva de

---

<sup>29</sup> Entrevista Daniel Teppaz. Fecha: 06/10/2015. Disponible en Anexo.

<sup>30</sup> Argentina. Ministerio de Salud. (2014). Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de Diseño, Organización e Implementación. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Cuadernillo-consejeria-2014-web.pdf>

derechos significa orientar la consulta hacia el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas usuarias.

El dispositivo es pensado como un espacio de encuentro entre el/la profesional y la/el usuaria el cual debe ser privado, confidencial y flexible. Tal como se planteó en la Ley referente a los Derechos del paciente, es de suma importancia el consentimiento informado para proceder de manera autónoma e informada. La interdisciplinariedad en las Consejerías es un factor que brinda la posibilidad de abarcar las consultas desde distintas ramas y que a su vez colabora a la mejora laboral al interior del equipo.

Cabe mencionar que la Consejería puede tener un espacio determinado para ejercerse o puede hacerse en consultorio, lo importante es disponer de un espacio privado en donde pueda entablarse una relación mediante entrevistas entre lxs médicxs y la persona usuaria, la cual es confidencial. Allí, es fundamental la elaboración de una historia clínica para realizar un seguimiento singular de cada caso y analizar interdisciplinariamente, la mejor manera de abordarlo.

Es necesaria una conjugación de factores y que los mismos se mantengan a lo largo del tiempo, hay negociaciones y diversos obstáculos que superar para la creación de Consejerías, como veremos, el caso de la ciudad de Rosario no es la excepción.

## Capítulo 4. Estudio y análisis del caso

### **4.1- Un poco de historia**

Tal como previamente se planteó, el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable está integrado al Programa de Salud Integral de la Mujer<sup>31</sup> de la ciudad de Rosario el cual se basa en un enfoque prioritario en las políticas de promoción de la salud desde una perspectiva de género que trasciende la mirada del cuerpo como mero reproductor biológico. La salud integral de la mujer se fundamenta en la potenciación de la salud sexual hacia el desarrollo de la vida, de las relaciones personales y del reconocimiento de los derechos reproductivos, incorporando la figura masculina que tradicionalmente ha sido apartado de éstos espacios por considerarlos propios de “mujeres”.

El Programa de Salud Integral de la Mujer posee objetivos como garantizar información, educación y acceso a los métodos anticonceptivos, educar a la comunidad para evitar embarazos no deseados, disminuir abortos provocados, la morbimortalidad de mujeres gestantes y perinatal y contribuir a la difusión de la información relacionada con la prevención del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

Uno de sus ejes principales aborda la salud sexual y reproductiva, ejecutando Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva en efectores públicos como la Maternidad Martín, Hospital "Juan Bautista Alberdi", Hospital "Intendente Carrasco", Hospital de Niños "Víctor J. Vilela", Hospital Provincial del Centenario, Hospital Escuela Eva Perón, Hospital Provincial de Rosario y Hospital "Roque Sáenz Peña".

En este trabajo nos centraremos en la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva ubicada en el Hospital Dr. Roque Sáenz Peña que es de jurisdicción municipal como anteriormente señalamos.

El Hospital está ubicado en la zona sur de la ciudad de Rosario, más específicamente su ingreso principal es por la calle Laprida Francisco Narciso 5381 (y acceso secundario por la Av. Del Rosario) y tal como expresamos, es el referente de Nivel II de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste. Entendiendo las redes de salud municipales, coordina la atención sanitaria con los Centros de Atención Primaria cercanos. En 1921 se crea una estación sanitaria y de primeros auxilios en el barrio el Saladillo para dos años luego, localizarse donde acabamos de mencionar hasta el día

---

<sup>31</sup> Página oficial Municipalidad de Rosario. Recuperado de: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/saludintegralmujer1.jsp>

de la fecha. Adquiere su nombre en 1933 a partir de la Ordenanza N° 5 del Concejo Municipal de Rosario.

Para hacer un poco de historia y comprender la excepcionalidad de la Consejería del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, nos remontamos a varias décadas atrás.

Como anteriormente planteamos, la Consejería del efector es pionera en materia de derechos sexuales y reproductivos, gestándose desde los años `80 pero de una manera diversa a la que acabamos de caracterizar y actualmente conocemos.

Para contextualizar, para esa fecha nos encontrábamos bajo la dictadura militar en donde estaban prohibidos los consultorios de salud sexual y aquellos referidos a la anticoncepción en los efectores públicos. Sin embargo, en los inicios de 1980, se materializó un consultorio de anticoncepción que era realizado por una médica (del cual no hemos conseguido su nombre), quien lo llevaba adelante, en palabras de la Jefa del área de Ginecología, Silvia Totó<sup>32</sup>, de manera “muy artesanal” en donde conjuntamente se definía el método anticonceptivo a utilizar y la usuaria lo conseguía de manera particular dado que el Hospital no contaba con pastillas anticonceptivas ni preservativos ni DIU. Tal como Daniel Teppaz lo menciona en la entrevista realizada<sup>33</sup>, el Hospital utilizaba métodos anticonceptivos, se realizaban cirugías anticonceptivas y se colocaban DIU pero siempre con mucho sigilo por el contexto de prohibición que acabamos de mencionar.

Luego, en la segunda mitad de la década del `80 se creó un grupo interdisciplinario de atención al adolescente integrado por una trabajadora social, una médica obstetra, una ginecóloga y una psicóloga. Cabe aclarar que para ese entonces no existía legislación ni programas con los que actualmente contamos y que para llevar adelante estas acciones se contaba con la organización y compromiso de lxs trabajadorxs de la salud. Este antecedente es el primero en el Hospital en trabajar de manera interdisciplinaria dado que si bien lxs profesionales poseían conocimientos generales acerca de anticonceptivos y sexualidad, se trabajaba a puertas cerradas en el consultorio y de manera independiente.

Un cambio notable se evidencia con la llegada de la democracia y con la derogación del decreto N° 659 de 1974 que prohibía las actividades relacionadas con el control de la natalidad, lo cual dio rienda suelta al libre establecimiento del consultorio de anticoncepción que anteriormente se realizaba de manera más oculta. Vale mencionar que en la Facultad de Medicina no enseñaban acerca de métodos anticonceptivos, sin embargo las prácticas médicas realizadas en el HRSP incluían esta formación.

---

<sup>32</sup> Entrevista a Silvia Totó. Fecha: 17/03/16. Disponible en Anexo.

<sup>33</sup> Entrevista a Daniel Teppaz. Fecha 6/10/15. Disponible en Anexo.

Siguiendo a Silvia Totó, es allí cuando el Hospital comienza a comprar pastillas anticonceptivas y DIU a la Asociación Argentina de Protección Familiar con sede en Buenos Aires con el fin de acceder a la “protección familiar” como anteriormente se denominaba la salud reproductiva. Es de destacar que, si bien de manera no onerosa, éstos métodos se vendían a las usuarias mediante un bono contribución que continuó hasta la sanción de la Ordenanza N° 6.244 en 1996 que planteaba que la Municipalidad de Rosario era la encargada de, entre otras cuestiones, la compra de métodos anticonceptivos.

El consultorio de anticoncepción, se realizaba teniendo en cuenta el modelo tradicional de la medicina en donde la mujer no decidía libremente qué método se adaptaba mejor a su estilo de vida, sino que le era ya dado por los médicos.

Es aquí cuando lxs profesionales de la salud comienzan a cuestionarse y a plantear la importancia de la decisión y elección de la mujer para con su cuerpo, teniendo en cuenta su cultura, sus vivencias, motivado particularmente por las demandas de las mismas usuarias quienes les manifestaban sus problemáticas. De esta manera, ante el hecho de recetarse métodos anticonceptivos de manera general y sin contemplar las particularidades de cada caso, su modificación debía estar justificada por un factor de incompatibilidad física. Se trataba de buscar la manera (médica) de acordar el método anticonceptivo adecuado a las necesidades manifestadas por la usuaria.

Fue a partir de estas manifestaciones que lxs trabajadorxs dieron el espacio adecuado a la palabra y comenzaron a realizar variaciones en la atención teniendo en cuenta la realidad y decisión de cada usuaria.

El Hospital Dr. Roque Sáenz Peña es un efector donde históricamente se ha trabajado con la anticoncepción, pero no sobre los derechos de la mujer. A pesar de los grandes avances logrados, lxs entrevistadxs manifiestan que aún hoy diversxs profesionales interfieren en el derecho de la mujer a raíz de jerarquizar ideales y deseos propios, sin considerar a la usuaria como sujeto de derecho.

Es de destacar que en el HRSP en la década del `90 y hasta la llegada del misoprostol, las interrupciones de embarazos se realizaban únicamente mediante intervenciones quirúrgicas. El misoprostol circulaba pero lxs médicxs lo utilizaban para la inducción del trabajo de parto, desconociendo de su uso para inducir un aborto<sup>34</sup>.

Sólo para ejemplificar una situación, la Ley de Anticoncepción Quirúrgica sancionada en el año 2006, autoriza a toda persona mayor de edad a acceder a la ligadura tubaria o vasectomía previo consentimiento informado, ante el cual, ciertxs profesionales al considerar que el/la usuarix que lo solicita es “biológicamente joven”, no la autoriza,

---

<sup>34</sup> Entrevista a Daniel Teppaz. Fecha 6/10/15. Disponible en Anexo.

impidiendo a la/al usuarix valer sus derechos y no considerar los causales por los cuales toma una decisión determinada. El cambio de paradigma apunta a que lxs trabajadorxs de la salud brinden la información adecuada y que el/la usuarix sea libre de tomar la decisión que cree correcta.

Lxs entrevistadxs manifestaron que se comenzó a visualizar un incremento de mujeres que se acercaban al HRSP por complicaciones por abortos clandestinos o ilegales y tanto Daniel Teppaz<sup>35</sup> como Silvia Totó plantearon que el efector se caracterizó por no denunciar a esas mujeres, aún cuando existían disposiciones que planteaban lo contrario. Tal como se puede visualizar en la nota de policía<sup>36</sup> enviada al Hospital Provincial de Rosario en el año 2003 en donde se solicita que ante la llegada de mujeres con abortos incompletos y completos, se debe informar al destacamento policial junto con cualquier otro hecho “delictivo” como ser heridas de arma de fuego y arma blanca. A su vez, ese mismo año, el ex Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe, Fernando Bondesío, en una nota realizada por el Diario El Ciudadano, expresaba que lxs médicxs debían notificar a la policía en casos de abortos “terapéuticos” con el objetivo de “llegar hasta las personas que se dedican a realizar una práctica penada por la ley.” (Vallina, C. y Monje, C. 2003, p. 8). Lo que esta medida implicaría, tal como lo mencionó en el artículo periodístico el entonces Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Centenario y miembro del Comité de Salud Reproductiva de la provincia, Walter Barbatto, “la denuncia provocaría que las mujeres, al temer ser denunciadas, demorarán más en ir a los hospitales y llegaran mas graves aún.” (Vallina, C. y Monje, *id*).

Es decir, hace no mucho tiempo atrás, nos encontramos con disposiciones totalmente antagónicas con lo que actualmente convivimos que son producto de la lucha por parte de organizaciones no gubernamentales y movimientos de mujeres. Para el año 2001 surge la Guía Técnica para la atención del aborto no punible y el post-aborto, lo cual implica que si bien se comienza a hablar institucionalmente, se genera una apertura hacia otros interrogantes. A partir de la diversidad de opiniones y de cuestionamientos que implica poner la temática en debate, según Silvia Totó, es cuando comienza a ser necesario el armado de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva que abarque diversas temáticas relacionadas con las necesidades de lxs usuarixs. Es de remarcar que desde antes de la creación institucional de la misma, las usuarias se acercaban consultando para interrumpir su embarazo y no encontraban respuestas en lxs profesionales.

---

<sup>35</sup> Entrevista a Daniel Teppaz. Fecha: 6/10/15. Disponible en Anexo.

<sup>36</sup> Nota disponible en Anexo. Fecha: 11/03/2003.

Tal como venimos observando, el HRSP fue pionero al funcionar como una Consejería, en un primer momento y desde los años `80 como consultorio de anticoncepción y con el nuevo milenio y una conjunción de factores relacionados con la puesta en escena del aborto y la anticoncepción, de demandas que no encontraban su cauce y particularmente del acuerdo entre trabajadorxs de la salud, surge una Consejería (preludio de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva), sin existir legislación fundante ni claridad con respecto al momento exacto de su creación, dado que la misma fue fruto de un proceso que aún hoy no se encuentra completamente cerrado.

#### **4.2- El Caso: La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del HRSP**

La creación de la Consejería no se dio de la manera lineal como lo estamos planteando, sino que, como sostuvo la ex Jefa del área de Trabajo Social Susana Arminchiardi<sup>37</sup> fue producto de un proceso que comenzó en el año 2003 en la sala de Maternidad y en las distintas salas de Toco-Ginecología con mujeres que se internaban o porque se habían practicado un aborto o habían perdido el embarazo.

Así, y a partir de un trabajo interdisciplinario y articulado entre áreas como Ginecología, Salud mental, Maternidad, Trabajo social, se comenzó a trabajar con los recursos disponibles y se coordinaron esfuerzos para crear un espacio que no tenía antecedentes. De esta manera y a partir de luchas cotidianas, se comenzó a trabajar y garantizar desde la aprobación de lxs Directorxs y Jefxs de diversas áreas del Hospital hasta lograr la presencia de trabajadorxs de la salud que no sean objetorxs de conciencia para poder brindar un servicio acorde a las necesidades de lxs usuarixs. Se podría establecer el año fundacional de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el 2013.

Además, eso no es todo, dado que se requiere la colaboración de otras áreas como ser la Farmacia, que es la encargada de brindar el misoprostol y quien garantiza el abastecimiento de la medicación para que el servicio pueda funcionar correctamente. A su vez, la importancia del apoyo del sector de enfermería, cirujanxs y demás profesionales que implican garantizar una estructura, siendo un trabajo arduo diario y en constante construcción llevada adelante por lxs mismos trabajadorxs de la salud.

La Consejería que actualmente posee el Hospital ha sido (y es) fruto de lucha de lxs trabajadorxs de la Consejería que han trabajado (y continúan haciéndolo) para lograr un espacio que sea de fácil acceso, abierto y amigable, en donde se construye un vínculo de compromiso y aprendizaje mutuo y que no genere incomodidad a las

---

<sup>37</sup> Entrevista Susana Arminchiardi. Fecha: 29/02/2016. Disponible en Anexo.

usuarias, que sea privado y en consecuencia, adquirir una estabilidad para referenciarse tanto hacia adentro de la comunidad hospitalaria como hacia fuera para la población en general.

De esta manera, en un primer momento la Consejería del HRSP se encontraba ubicada físicamente en el servicio de ginecología, sin embargo recientemente ha sido trasladada, según palabras Susana Arminchiardi<sup>38</sup>, “por cambios políticos” al sector de pediatría con toda la significación que conlleva, generando no solo incomodidad a las usuarias, sino también a las potenciales usuarias, no cumpliendo con los objetivos básicos planteados para la ejecución de una Consejería. Es de remarcar que el Hospital se encuentra actualmente afectado a obras de refacción realizadas por la Municipalidad de Rosario en las áreas de Maternidad, Sector Quirúrgico y Neonatología, por lo cual estos servicios se encuentran sin atención hasta el final de la obra previsto para inicios del año 2017. Una de las trabajadoras entrevistadas<sup>39</sup> planteó que se trasladarán a un espacio brindado por Trabajo Social y a otro espacio contiguo que otro profesional les facilita para que la Consejería pueda continuar en acción. Resultan visibles y no azarosas las situaciones a las que se deben enfrentar lxs profesionales de la Consejería, quienes ven en detrimento su labor sin poder garantizar el derecho a decidir de las mujeres que se acercan al efector.

Habitualmente, la Consejería funciona los días Martes de 8:30 a 10 hs y los Jueves de 14 a 15:30 hs con un equipo interdisciplinario compuesto por el Área de Ginecología, Trabajo Social, Enfermería, Salud mental y una médica clínica del Hospital quienes tal como previamente aludimos, acompañan a las personas en la toma de decisiones informadas y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva. La posibilidad de crear la Consejería, desde el espacio y tiempos de atención, fue una herramienta que ordenó el trabajo de lxs profesionales y de las usuarias que anteriormente se presentaban en el Hospital sin contención y sin áreas específicas donde canalizar sus necesidades.

Es de remarcar, tal como lo planteó Silvia Totó en la entrevista realizada, que al contrario de lo que podría indicar el nombre “Consejería”, no se pretende proyectar la idea de aconsejar, sino todo lo contrario, de empoderar a la usuaria mediante la escucha y la información adecuada para que pueda tomar decisiones de manera autónoma, distanciándose de la idea tradicional de la medicina de “recetar” ante una enfermedad determinada y poniendo la mirada en la necesidad, decisión y respeto del otrx.

---

<sup>38</sup> Entrevista a Susana Arminchiardi. Fecha: 29/02/2016. Disponible en Anexo.

<sup>39</sup> Entrevista a Silvia Totó. Fecha: 17/03/16. Disponible en Anexo.

Consideramos importante señalar las temáticas que específicamente se tratan en la Consejería del Hospital Roque Sáenz Peña de Rosario. Entre otras, las mismas son:

- Métodos anticonceptivos.
- Sexualidad en las distintas etapas de la vida.
- Prácticas de cuidado y prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. (A partir de la iniciativa de PromuSida, se crearon Consejerías para tratar exclusivamente esta temática, pero que actualmente y por cambios políticos<sup>40</sup> no posee gran actividad).
- Prevención del cáncer ginecológico.
- Detección precoz del cáncer de mama.
- Interrupción legal del embarazo. Pre y post aborto.
- Asesoramiento sobre situaciones de abuso sexual y violencia de género.
- Diversidad sexual, métodos anticonceptivos de emergencia
- Preparación de parto.

Tanto Silvia Totó como Susana Arminchiardi acuerdan que la Consejería recibe una multiplicidad de consultas referidas a la interrupción legal del embarazo. Allí confluyen usuarias de diferentes edades, diferentes niveles de apropiación de los derechos sexuales y reproductivos, acompañadas por algún familiar, por sus parejas o solas.

Es necesario destacar que las Socorristas en Red, organización que luego presentaremos en detalle, tienen una relación de reciprocidad, colaboración y solidaridad con lxs trabajadorxs de la Consejería del HRSP, siendo en muchas ocasiones quienes derivan al Hospital a las usuarias que se acercan por una interrupción del embarazo, generando de esta manera un nexo entre ambos espacios. A su vez, otros mecanismos por los que las usuarias se acercan al Hospital es a partir de recomendaciones realizadas por algún/a conocidx que ya conozca el servicio, por profesionales que las derivan allí o por una línea telefónica de Nación<sup>41</sup> que informa sobre aquellos Hospitales amigables para realizar interrupciones legales de embarazo, entre otros tópicos como ETS, píldora de emergencia y diversidad sexual.

En el HRSP se han utilizado diversas estrategias de difusión y visibilización de la Consejería para referenciarse y brindar información a posibles usuarias como ser presentaciones en seminarios y reuniones con autoridades del Hospital, folletería proporcionada por la Municipalidad de Rosario y por el gobierno nacional en donde se exponen los derechos y causales para solicitar la interrupción del embarazo y donde

---

<sup>40</sup> Entrevista Susana Arminchiardi. Fecha: 29/02/2016. Disponible en Anexo.

<sup>41</sup> Argentina. Ministerio de Salud. Línea telefónica de Salud Sexual. Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/saludsexual/linea\\_0800.php](http://www.msal.gob.ar/saludsexual/linea_0800.php)

se trata de guiar a las mujeres hacia los centros de salud más cercanos a su domicilio. Una variedad de afiches están repartidos en diversas áreas del HRSP acerca de derechos, diversidad sexual y parto respetado. Cabe destacar que el Hospital presenta una alta contaminación visual, existiendo folletería de todo tipo en las paredes del efector público, siendo en vez de un facilitador, un gran factor de confusión para lxs usuarixs. Hay un exceso de señales e información, detectándose folletería acerca de vacunas, horarios de consulta, actividades varias del hospital e información sindical, así como también la existencia de pasillos y puertas sin señalar que generan en lxs usuarixs una sensación de desorientación.

Para alcanzar mayor difusión se han realizado talleres en guardias de adultos y en pediatría en donde a partir de compartir un acompañamiento y estableciendo lazos de confianza, se informa acerca de los derechos sexuales y reproductivos. Se organizan talleres en salas de espera en donde diversxs profesionales brindan charlas informativas en donde se pueden realizar consultas y a la vez difundir información. Estas actividades conllevan un proceso previo para lograr la mayor participación posible por lo que, se presenta en las reuniones de gestión y se realizan campañas de difusión. La Consejería trabaja además con instituciones que brindan financiamiento y organizaciones con referencia barrial cercanas al efector como comedores, centros comunitarios o costureros para poder referenciarse también por fuera del Hospital.

La Consejería recibe tanto usuarias con como sin obra social. Hay grandes diferencias entre el sector público y el sector privado de la salud. En este último, lxs profesionales no expresan abiertamente que realizan interrupciones de embarazo, es un servicio que debe abonarse y según Silvia Totó hay temor de represalias por parte de lxs profesionales respecto del encuadre bajo las causales permitidas de interrupción legal. En el HRSP se trabaja la interrupción legal concretamente hasta las 12 semanas y se ofrece hasta el momento de una única manera que es de manera medicamentosa mediante el uso del misoprostol. El hecho de poder darle la posibilidad a la usuaria de elegir de qué manera realizar la interrupción es una deuda pendiente en la que actualmente se está trabajando, dado que para realizar una AMEU<sup>42</sup> se requiere de una movilización de recursos aún mayor lo cual lo hace un poco más complicado.

La existencia y circulación del misoprostol para interrumpir el embarazo, redujo visiblemente el hecho de que las mujeres que decidan abortar lo hagan utilizando métodos inseguros. El uso del misoprostol garantiza la seguridad de practicar un aborto y no morir en el intento. En el HRSP, según las propias trabajadoras de la

---

<sup>42</sup> La aspiración manual endouterina (AMEU) es un método seguro y eficaz para la interrupción del embarazo, que consiste en la evacuación del contenido del útero mediante el uso de un aspirador manual.

Consejería, no ha faltado nunca la medicación dado que se encargan de solicitarla con antelación y al haber forjado una buena relación con la farmacéutica (también producto de negociaciones) la misma se encarga de proporcionarla a las profesionales para que sea entregada a las usuarias que la soliciten. Es de suma importancia el compromiso logrado para que el Estado provincial, a través del Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), sea productor de misoprostol y que por ende los efectores públicos sean correctamente abastecidos para acompañar a la mujer en su decisión.

A su vez, Susana Arminchiardi planteó que “si es alguien que no esta sola, que comprende toda la situación y demás, hasta las 14. Y después de las 14 vamos para la internación, porque pensamos que para nosotros es mucho riesgo.”<sup>43</sup> Las trabajadoras de la Consejería toman los casos de manera personalizada y a partir de las entrevistas que mantienen con la usuaria, analizan su situación teniendo en cuenta diversos factores que pueden influir al realizar la interrupción. Es decir, contemplan si la usuaria tiene movilidad para acercarse al Hospital en el caso de que exista alguna complicación, si tiene hijos, si otra persona puede cuidarlos y a partir de esa comprensión de la realidad de la usuaria, evalúan la posibilidad de realizar internaciones, las cuales realizan de manera muy excepcional y que deriva en emprender nuevas negociaciones con otrxs trabajadorxs del Hospital que accedan a brindar el personal, el espacio y los elementos necesarios para llevar adelante esa internación.

Según datos que nos brindaron las entrevistadas Susana Arminchiardi y Silvia Totó, podemos plantear que en promedio asisten a la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del HRSP entre 6 y 8 mujeres semanalmente en busca de asesoramiento por interrupción legal del embarazo en donde el causal salud y el causal social tiene mucho peso. Luego, se reciben muchas otras consultas relacionadas con anticoncepción y controles médicos.

Si bien la mayor demanda que posee la Consejería es acerca de la interrupción legal del embarazo, también se proponen realizar un acompañamiento en todo el proceso, en donde se contemple la realización de ecografías para verificar que la interrupción haya sido exitosa. El objetivo es trabajar en un espacio de post-aborto en donde se brinde información adecuada acerca de la importancia de cuidar la salud y también de informar acerca de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, y a raíz de las palabras de Susana Arminchiardi, es aún un trabajo pendiente dado que las usuarias, una vez que interrumpen no vuelven al Hospital, siendo sumamente necesario lograr una continuidad a lo largo del tiempo con la Consejería. En un trabajo de investigación

---

<sup>43</sup> Entrevista Susana Arminchiardi. Fecha: 29/02/2016. Disponible en Anexo.

realizado por la trabajadora social<sup>44</sup> en el año 2003, de 203 mujeres que se habían atendido en el HRSP, solo 3 de ellas regresaron y con nuevos embarazos.

A su vez, es importante mencionar que el HRSP no recibe únicamente usuarias de los Distritos Sur y Sudoeste de la ciudad de Rosario, sino que también se acercan mujeres desde otros puntos de la ciudad y a su vez, de otras localidades cercanas de la ciudad y de otros puntos de la provincia de Santa Fe.

Esta situación genera una saturación en el servicio, motivo por el cual lxs trabajadorxs de la salud se encuentran trabajando en brindar mayor información y colaborar con los diversos centros de salud de la ciudad para que los mismos puedan derivar al Hospital más cercano y de referencia según al distrito al que pertenezcan entendiendo que de esta manera hay una atención mejor y más personalizada. Este trabajo también es tomado por lxs trabajadorxs de la Consejería del HRSP quienes se comunican telefónicamente con los Centros de Salud y brindan información sobre cómo deben proceder, lo cual denota una acción conjunta y diaria no solo al interior del Hospital, sino también en red junto a otros Centros de Salud y Hospitales para que el HRSP no posea la exclusividad. En los Centros de Salud se tratan las interrupciones legales de manera medicamentosa, por lo que el segundo nivel de atención de salud puede dar una respuesta y compromiso, lo cual da mayor apertura, y en el caso de existir complicaciones se derivan al HRSP, tal como Daniel Teppaz<sup>45</sup> lo mencionó en el encuentro. Sin embargo, las encargadas de la Consejería del HRSP coinciden al exponer que muchas veces las usuarias eligen no asistir al Centro de Salud cercano y sí acercarse al HRSP por diversos motivos como ser que no desean que algún familiar o conocido conozca de su interrupción del embarazo, lo cual es totalmente comprendido y respetado por parte de lxs profesionales.

Desde mediados del 2014 las trabajadoras de la Consejería forman parte de un espacio denominado Colegiado de Salud Sexual y Reproductiva de la zona Sur y Sudoeste donde se realizan reuniones periódicas con referentes de Centros de Salud, gestorxs de la coordinación del ámbito público municipal y diversas organizaciones, lo cual implica una labor en conjunto y brinda mayor visibilización. Este espacio proporcionó las bases para la creación de nuevas Consejerías o el resurgimiento de aquellas que por diversas problemáticas no han podido sostenerse en el tiempo y en donde se tienen en cuenta las realidades de cada efector, priorizando de esta manera las necesidades y armando espacios a medida. La experiencia positiva de la Consejería del HRSP la ubica como formadora de otras Consejerías. De esta manera, se tejen redes a partir de la socialización de la información, de los intercambios

---

<sup>44</sup> Entrevista Susana Arminchiardi. Fecha: 29/02/2016. Disponible en Anexo.

<sup>45</sup> Entrevista a Daniel Teppaz. Fecha 6/10/15. Disponible en Anexo.

logrados y del permanente contacto por lo que se logró establecer una Consejería en un Centro de Salud en Villa Gobernador Gálvez y en el Hospital Centenario durante el año 2015.

Si bien celebramos los avances tal como pudimos, de cierta manera, historizar, también comprendemos que aún existen problemáticas comunes en diversos Hospitales relacionados con la objeción de conciencia, de negarse a realizar anticoncepción quirúrgica, negarse a realizar electrocardiogramas que habiliten otros procedimientos, de no querer acompañar el proceso de interrupción legal del embarazo, lo cual implican enormes barreras para la atención de lxs usuarixs, en su mayoría mujeres, y una frustración también por no encontrar respuestas en servicios públicos y ante derechos que deben ser cumplidos.

Según palabras de lxs entrevistadxs, tanto en el HRSP que ocupa nuestro caso de estudio como en otras Consejerías, existen complicaciones que lxs mismxs trabajadorxs de la salud deben negociar constantemente con otrxs profesionales para garantizar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y que de esta forma, las demandas y derechos de las usuarias sean atendidas. Es de recalcar la importancia que posee el trabajo interdisciplinario y en equipo para lograr resultados y estabilidad en el tiempo. Sin embargo, las trabajadoras del HRSP manifiestan que les es sumamente arduo que el resto de los compañeros quiera sumarse al espacio.

Las trabajadoras de la Consejería del HRSP, se ocupan además, de que la atención de demandas sobre salud sexual y reproductiva puedan ser atendidas al menos en un primer momento de consulta, dado que poco tiempo atrás ciertxs profesionales por el mero hecho de existir la Consejería derivaban a las usuarias allí. De esta manera, a partir de un trabajo constante y en equipo lograron que otrxs profesionales de otras áreas se comprometan a cumplir con sus roles y den cauce a las demandas que se presenten. Sin embargo, y a pesar de estos avances que mencionamos, para la trabajadora social aún es necesaria una mayor facilidad y acompañamiento para la mujer que decide interrumpir su embarazo. Esto implica un mayor compromiso por parte de lxs trabajadorxs de la salud quienes muchas veces por desconocimiento o de manera intencional retrasan y entorpecen la atención lo cual desemboca en la frustración y desamparo que lleva a la búsqueda de métodos que no son seguros para la mujer y que pueden llevarla a la muerte.

### **4.3- Cuestiones pendientes**

La existencia de nuevas demandas y expectativas por parte de lxs usuarixs supone el desafío hacia los equipos de salud de sostener y ampliar la atención de la salud sexual y reproductiva.

La escucha que supone la Consejería en salud sexual y reproductiva, incentiva a atención y creación de nuevas estrategias que den cauce a nuevas necesidades.

Hacemos referencia a la posibilidad de brindarle a la usuaria que decida qué método utilizar para interrumpir legalmente el embarazo. Si bien el misoprostol colmó un vacío y dio una solución segura y privada para hacerlo, hay muchas usuarias que preferirían realizarlo mediante una internación, lo cual no es más ni menos riesgoso para la mujer. Los motivos por los cuales no se brinda esta posibilidad abiertamente, aunque como vimos ante situaciones particulares se puede efectuar, son múltiples. Se requiere de una gran movilización de recursos físicos y humanos, lo cual conlleva a nuevas negociaciones aún con profesionales de la salud que no son objetorxs pero que se resisten, cuando en realidad debería ser una cuestión expeditiva, los tiempos se dilatan. Actualmente se está trabajando sobre la posibilidad de realizar AMEU en los Centros de Salud entendiendo que para hacerlo, se necesita un reacondicionamiento del espacio y capacitación. Susana Arminchiardi comentó que en el Hospital Alberdi se está comenzando a dar esta posibilidad de elección, producto del trabajo en conjunto con los colegiados que anteriormente mencionamos, en donde se detectó esta problemática común y se trabajó en pos de ampliar la atención de ILE. A su vez, otra de las debilidades radica en la posibilidad de ampliar los días y horarios en los que funciona la Consejería del HRSP para lo cual se necesitan más profesionales comprometidxs con la labor.

Tal como anteriormente planteamos, las usuarias que interrumpieron su embarazo generalmente no regresan a la Consejería, siendo una dificultad a la que se ven expuestas diversas Consejerías de diversos puntos del país y en la cual se está trabajando a raíz de la importancia de generar un acompañamiento integral, de poder avanzar sobre los métodos anticonceptivos post-aborto.

Como fortalezas se puede mencionar la posibilidad de que la Consejería circule y que las mujeres pueden llegar a los efectores para interrumpir sus embarazos y sentirse contenidas por un equipo comprometido que logró un reconocimiento y estabilidad.

Cuando hablamos de reconocimiento planteamos que socialmente hablando, es vox populi la existencia de la Consejería del HRSP como un espacio amigable, sin embargo dentro del Hospital no se la reconoce como tal, por ejemplo actualmente y con las remodelaciones del efector, no hay una decisión política por parte de lxs

gestorxs de salud de tener en cuenta un espacio determinado para la Consejería, por lo cual son lxs mismxs trabajadorxs de la salud quienes bregan por sostener este espacio. A su vez y desde lo político institucional, las mismas trabajadoras de la Consejería fundamentan que es necesario un sostén político y colaboración en la promoción por parte de la Municipalidad de Rosario que facilite la expansión y consolidación del trabajo que se realiza.

En relación a lo que falta para lograr ese reconocimiento, es una presencia fuerte en garantizar la aplicabilidad de la ley. Según lxs entrevistadxs, hay grupos que ideológicamente que hacen mucha fuerza para que no se pueda avanzar y a su vez, algunxs profesionales de la salud temen acciones legales y denuncias si realizan interrupciones. Manifiestan la necesidad por parte de las autoridades de brindar un apoyo bajo el cual se explicita abiertamente el amparo que la ley implica y que por lo tanto se erijan como una garantía.

Los mismos debates se dieron al expedirse leyes que rompían con una estructura tradicional como ser la ley de divorcio o la ley de ligadura tubaria, y hoy varios años después, hay mayor flexibilidad y naturalización sin las discusiones que se daban en ese entonces. Todo esto implica una modificación en el pensamiento, de modificación de patrones culturales estancados, lo cual no se logra de un momento al otro, sino que es un proceso que se prolonga a lo largo del tiempo, relacionado con el hecho de que las mujeres se adueñen de sus derechos, lo cual fue y es producto de los movimientos de mujeres y feministas. La formación desde la medicina supone una formación desde el poder médico hegemónico, lo cual choca con la idea de que la persona usuaria elija, supone una ruptura en la concepción tradicional de la medicina, la cual se ha ido erosionando muy lentamente

Como hemos analizado, en la Consejería nada está agotado, dado que es un espacio permeable a nuevas demandas y a partir de la escucha de las personas usuarias. Requiere de voluntad y compromiso de lxs trabajadorxs de la salud para su mantenimiento y funcionamiento. Actualmente en la ciudad de Rosario contamos con Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva en efectores públicos como la Maternidad Martín, que hace únicamente consejería post-parto, en el Hospital "Juan Bautista Alberdi", Hospital "Intendente Carrasco", Hospital de Niños "Víctor J. Vilela", Hospital Provincial del Centenario, Hospital Escuela Eva Perón y en el Hospital Provincial de Rosario con ansias de extender esta herramienta hacia otros efectores públicos.

#### **4.4- Campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito**

La lucha por el derecho al aborto comenzó hace varias décadas atrás a partir del encuentro entre organizaciones que defienden la integralidad de los derechos humanos y por lo tanto, la importancia de despenalizar y legalizar el aborto en Argentina que le brinda un contexto de lucha sobre el cual se basa esta tesis. De esta manera, y tal como lo expresa Mabel Gabarra<sup>46</sup>, referente histórica del movimiento feminista en Rosario en el año 2005 se lanzó la Campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito en donde el lema, que no deja de tener vigencia, sostiene “educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir” junto con el símbolo de lucha del pañuelo verde. Desde ese momento es presentado cada dos años a raíz de perder estado parlamentario, siendo en Marzo del corriente año la última vez que se realizó.

Tal como lo plantea Mabel, referente del movimiento de mujeres MAR (Mujeres Autoconvocadas Rosario) este grupo de mujeres fueron las que en un primer momento en el año 2006 y a raíz de un caso particular, obtienen una gran visibilización al trabajar para hacer valer el Art. 86 del Código Penal y expresar la no judicialización de abortos por violaciones. Es a partir de esta gran movida realizada por el movimiento feminista quienes presentan un escrito y proyecto a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario que nace la ordenanza en el año 2007 sobre el primer protocolo de aborto no punible del país que, para comprender la vanguardia del mismo, en ese entonces incorporaba aborto en caso de violación, peligro para la vida o la salud de la madre. Esta visibilización que el movimiento alcanzó fue el punto de partida para que se comenzara a tratar el aborto no punible y que el mismo logre un lugar en la agenda, es decir fue el puntapié inicial para que se comiencen a tratar temáticas relacionadas como ser la objeción de conciencia y la creación de protocolos a nivel nacional. Así, vemos cómo se fueron desgastando las nociones restrictivas sobre aborto no punible y se comenzó a pujar para las modificaciones venideras del Código Penal y la incorporación de nuevos causales para la interrupción legal. Se han avanzado enormes pasos a nivel cultural, y tal como lo plantea Gabarra, en el año 2015 en una encuesta realizada por Latinbarómetro hay entre un 75% y un 80% que se expiden a favor de que se legisle sobre el aborto, sin embargo cuando hablamos de que el aborto se realice por voluntad de la mujer se baja a un 50%. Debemos concentrarnos en hacer valer la legislación sobre el aborto no punible que está vigente en todo el país, dado que en muchos casos no se cumple como el caso más reciente de Belén (Carabajal, M. 2016), una joven tucumana condenada a ocho años de prisión

---

<sup>46</sup> Entrevista a Mabel Gabarra. Fecha: 25/02/16. Disponible en Anexo.

luego de haber tenido un aborto espontáneo, lo cual nos motiva a estar más alerta y luchar más unidas.

A su vez, en los Encuentros Nacionales de Mujeres es una temática que está presente desde hace más de 30 años, manifestando que el aborto legal, seguro y gratuito es una demanda social que no logra aún su reivindicación. Cada año mujeres de todo el país, y de Latinoamérica, se reúnen con el propósito de debatir diversas temáticas que nos atraviesan como mujeres, siendo el último Encuentro en la ciudad de Rosario logrando una participación masiva de más de 70.000 mujeres que pusieron el cuerpo una vez más en plan de lucha.

#### **4.5- Socorrismo**

Consideramos necesario destacar la labor conjunta que existe entre la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del HRSP y las Socorristas en Red que desarrollaron una estrategia que se basa en la interrelación de estos espacios para tratar las interrupciones legales de embarazos.

Para ello, explicamos que Socorristas es una Red integrada por mujeres feministas que deciden involucrarse a partir de la práctica de “poner el cuerpo” tal como Marina Acuña<sup>47</sup>, quien no es médica e integra la Red, lo expresa en la entrevista realizada, esto significa la posibilidad de acompañar y luchar por la deuda histórica con las mujeres por parte del Estado. El acompañamiento no se realiza desde el ámbito médico profesional, sino que la organización están conformada por mujeres de diferentes trayectorias.

Hacen referencia a una despenalización legal en relación al apartado anterior, pero también plantean la necesidad de la despenalización social que implica poner el aborto en debate y dejar de pensarlo como un tabú sino como una problemática de salud de las mujeres que debe ser atendida.

Las Socorristas brindan información segura sobre como abortar con misoprostol, reconociendo el mismo como el método más seguro y más efectivo para abortar hoy en la Argentina que se consigue de forma legal. Sin embargo, la entrevistada reconoce dificultades para conseguir el misoprostol en las farmacias a raíz de diversos controles (doble receta, estampillados, DNI) por la gran demanda de ésta droga. El misoprostol se utiliza para el tratamiento de lumbalgias y úlceras pépticas y como contraindicación produce contracciones musculares, por lo que en caso de embarazo, hay riesgo de un aborto. El uso del misoprostol es sumamente exitoso tal como podemos ver en el gráfico a continuación.

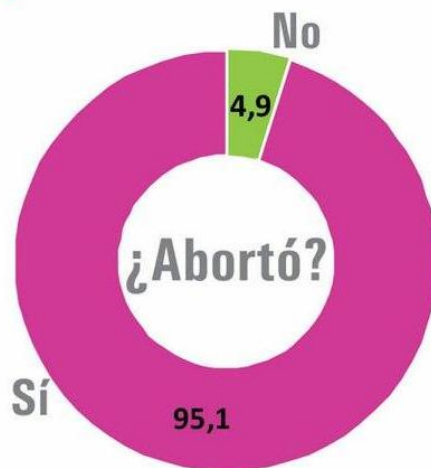
---

<sup>47</sup> Entrevista a Marina Acuña. Fecha: 11/04/16. Disponible en Anexo.

Gráfico 3.

Eficiencia en uso de misoprostol.

## Eficiencia del medicamento porcentaje de abortos en 1º tratamiento



Fuente: Datos sistematizados Socorristas en Red. Disponible en Anexo.

En nuestra ciudad las Socorristas tienen una relación con médicos del sistema de salud, dentro de los cuales se encuentran aquellos del HRSP, con los que trabajan de manera conjunta a partir de la utilización del protocolo de interrupción legal del embarazo. De esta manera, se establece una implementación más versátil reforzando la política de las Consejerías, y dando mejores respuestas a las mujeres que desean realizar una interrupción del embarazo garantizando de esta manera que se realice de manera segura y acompañada, tanto por las Socorristas como por los médicos.

A su vez, la existencia de espacios de encuentro de los colegiados que anteriormente mencionamos, posibilita una articulación de manera conjunta y canalizar diversas problemáticas de manera integral.

Las Socorristas de nuestra ciudad reciben en promedio por semana entre 6 y 7 llamadas. El socorrismo supone realizar un acompañamiento en todo el proceso, es decir se parte de un acompañamiento presencial, un encuentro grupal que se aborda con un equipo de socorristas y las mujeres que se comunican. Allí tienen una entrevista en donde se sistematizan datos y en donde se aborda la situación particular de cada mujer, comprendiendo que cada mujer atraviesa la situación del aborto de manera distinta y al ser en grupo muchas veces se genera un lazo de apoyo con otras socorridas. En un primer momento se les pide la realización de una ecografía como un método básico de seguridad antes de comenzar con el proceso en pos de verificar que el período gestacional sea el correcto. Se realiza el acompañamiento hasta la semana 12 del embarazo. Luego, en un segundo momento y para obtener la receta, las

conectan con médicos amigables que atienden o por obra social o son derivadas a efectores de salud, como en el caso particular de estudio, al Hospital Dr. Roque Sáenz Peña. La entrevistada hace referencia a que la mayoría de los abortos se están realizando en el sistema de Salud Pública. Tal como previamente planteamos, el socorrismo plantea un acompañamiento en todo el proceso, por lo que una vez efectuada la interrupción se comunican telefónicamente para tener una entrevista post-aborto en donde se solicita una ecografía de control para culminar con una última entrevista presencial en donde se socializa la experiencia.

Como podemos ver en el siguiente gráfico, durante el año 2015, se han realizado a lo largo de todo el país 2.894 acompañamientos y solo en la ciudad de Rosario 137, siendo un número elevado.

Gráfico 4.

Acompañamientos sistematizados.



**2894**

acompañamientos sistematizados

Durante el 2015 socorristas en red realizó un promedio de 8 acompañamientos diarios

Fuente: Datos sistematizados Socorristas en Red. Disponible en Anexo.

Socorristas en Red nace en Neuquén con la colectiva feminista La Revuelta que existe desde hace 25 años y en el año 2007 dan inicio a la Red en donde diversos colectivos se van incorporando y capacitando acerca de la utilización del misoprostol. Se

entiende al aborto como una práctica que atraviesa al feminismo y que no implica poner en riesgo la salud de la mujer, se rescata el acompañamiento y solidaridad de las mujeres en un contexto patriarcal. Vale destacar que al inicio de esta práctica se debían tomar medidas de seguridad muy rígidas también a partir de ciertas medidas legales que generaban temor.

En este acompañamiento integral que realizan las socorristas, también tienen que luchar con ciertos profesionales del sistema público que se niegan a realizar abortos o que indican de manera incorrecta cómo utilizar el misoprostol. De esta manera y a partir de visibilizaciones y de poner en agenda casos particulares se recurre a la denuncia, lo cual implica un antecedente más en la lucha dado que sienta precedentes para negociar con otros profesionales.

La deuda pendiente sobre la lucha por la legalización del aborto hace referencia a la decisión misma de la mujer sobre su propio cuerpo, se basa en la libertad de la mujer de decidir cuando ser madre o no. A su vez, existe una importante diferencia en el uso del misoprostol entre la Consejería del HRSP y Socorristas en red, la cual radica en que estas últimas explican que el uso del misoprostol puede realizarse de tres maneras diferentes, es decir, por vía vaginal, sublingual o bucal, lo cual es sumamente flexible y es un ejemplo más de romper con el poder médico hegemónico, dado que se interpela una vez más a la decisión de la mujer.

Tal como pudimos ver, hay una gran multiplicidad de actores en la implementación de una política pública. Fuimos partícipes de la imbricación que existe entre los diversos movimientos que se generan y cómo se desencadenan nuevos escenarios. La existencia de la Consejería del HRSP se materializa por la cristalización de demandas de mujeres que encuentran su cauce en los trabajadorxs de la salud. La sanción de la ley del Programa de Salud Sexual y Reproductiva no implica per se una política pública así como tampoco la existencia de la interrupción legal del embarazo en determinados causales implica el efectivo cumplimiento de sus excepciones.

En el caso de la Consejería del HRSP, la política pública era anterior al surgimiento de la ley, lo cual no le quita importancia al sentar las bases sobre las cuales abordar la salud sexual y reproductiva y ordenar a los implementadores de la política. Tal como vimos, la implementación no se da de manera lineal ni de una vez y para siempre, sino que se renueva constantemente y toma nuevos rumbos.

Incorporar la práctica del Socorrismo se refiere a correr la mirada de lo meramente institucional para comprender otras prácticas que se articulan con el sistema de salud público, generando lazos que funcionan y se sostienen para que las mujeres puedan decidir sobre su cuerpo. Esta práctica rompe con el saber médico profesional y supone

un acompañamiento desde otra perspectiva y lucha por la garantía de salud tal como su concepción integral lo supone.

Al incorporar la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito exponemos la pluralidad de actores y organizaciones involucradas en la lucha y logro de importantes derechos de la mujer y visualiza aquellos por los que aún es necesario trabajar. Así comprendemos que es necesario garantizar el acceso universal a los servicios públicos de salud buscando justicia social y exigiendo al Estado su responsabilidad como garante del cumplimiento de la salud como derecho humano.

## **Reflexiones finales**

Habiendo llegado casi a un final que no pretende ser cerrado, sino que tiene la intención de abrir nuevos interrogantes y nuevos caminos para ampliar derechos, nos proponemos reflejar las percepciones que nos han ido invadiendo a lo largo de la realización de la tesis y que nos proporcionan un bagaje más amplio y con ansias de emprender nuevos conocimientos.

En un primer momento, planteamos objetivos generales con respecto al conocimiento del funcionamiento del sistema de salud pública de la ciudad de Rosario y en un segundo momento, a partir de la selección de la Consejería del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, nos adentramos a los objetivos específicos que nos permitieron conocer e involucrarnos con diversxs profesionales que “ponen el cuerpo” diariamente y de manera sostenida y organizada a lo largo de los años. Sin embargo, y a partir de tratar este caso específico, nos adentramos en el estudio de la libertad del cuerpo de la mujer y lo que implican esas palabras a nivel político, social y cultural inscriptos en un contexto histórico determinado.

Esta tesis nos permitió tomar conocimiento de prácticas que están invisibilizadas en nuestra ciudad, tanto desde el socorrimo que es una practica conocida por el boca en boca entre mujeres que desean abortar y que no poseen los recursos para hacerlo, siendo cada vez más utilizada, así como también la existencia de Consejerías en distintos hospitales públicos, no solo en el caso de estudio, y que les abre la puerta a mujeres de diversos estratos sociales a espacios amigables ante la búsqueda común de la libertad del cuerpo.

El trabajo realizado por las profesionales de la Consejería del HRSP, como así lo hacen otrxs profesionales de distintos efectores públicos, es de una magnitud inconmensurable y en donde se gesta una lucha constante. Sin embargo, es necesaria una mirada institucional más comprometida con la labor de lxs profesionales de la salud, garantizando el cumplimiento de leyes en el resguardo de las mujeres que solicitan atención médica. Consideramos que aquellxs profesionales que se niegan a realizar interrupciones legales de embarazos, no lo hacen desde el desconocimiento de sus facultades médicas legales, sino que son un reflejo del poder de control sobre el cuerpo de la mujer y por lo tanto de la libertad de decisión de las mismas. Tiene que ver con el orden patriarcal dominante que plantea el rol natural y obligatorio de mujer madre, en donde el derecho al aborto sugiere una modificación en la estructura, en ese orden patriarcal dominante.

En este sentido y de manera retrospectiva, se han realizado avances sumamente positivos como la sanción de leyes que resguardan la integridad de la mujer, que

fueron producto de luchas anteriores y que a su vez, sentaron las bases para las venideras. Así, hay una importancia vital en la responsabilidad del Estado en cuanto a acciones concretas, de aplicación de políticas públicas ante las pujas realizadas por movimientos y organizaciones de mujeres, legisladorxs y diversos sectores de la sociedad, lo cual significa haber empezado a quebrar ciertos pilares del patriarcado. Que los derechos sexuales y reproductivos se hagan su lugar, también implicó un tambaleo en los pilares de la Iglesia Católica, los cuales suponen un núcleo conservador, duro y de gran peso y poder para el manejo de la agenda de gobierno. Es decir que tanto la sexualidad como la reproducción son derechos personalísimos, por lo tanto inherente a todas las personas, y para que sean garantizados es necesaria la responsabilidad política del Estado.

Los derechos sexuales y reproductivos hacen referencia a la autonomía de la mujer de tomar decisiones con respecto a su propio cuerpo, sin embargo, al ser tratados desde el campo de la salud, se niega el derecho a la libertad, y como tal se viola un derecho fundamental poniendo en jaque la salud pública. La lógica biológica sobre el cuerpo de la mujer sigue aún hoy vigente, sin poder lograr el salto cualitativo de considerar la procreación como producto de una decisión y no de imposiciones y mandatos a cumplir.

La Consejería es una herramienta sumamente útil que se basa en la creación de un vínculo de contención entre usuarixs y profesionales en un espacio amigable con el fin de facilitar el objetivo de la libertad del cuerpo de la mujer. Sin embargo, es una herramienta que se expone diariamente a diversas luchas con profesionales que se niegan a realizar interrupciones de embarazo alegando disposiciones jurídicas punitivas, cuando en realidad implican decisiones que controlan el cuerpo de la mujer. Es en este sentido donde se hace sumamente necesario un mayor compromiso por parte de la Municipalidad de Rosario, al ser partícipe de facilitar la implementación de estos procedimientos y de ampliar la información a la población para hacer uso de derechos que nos pertenecen.

Tal como pudimos ver, se hicieron presente una conjugación de factores, desde lo jurídico y la voluntad política, hasta las incansables luchas de los movimientos de mujeres y diversos sectores de la sociedad que acompañaron como también a nivel social se logró cierta maduración que permitió la penetración del tema en la agenda de gobierno. Esto sienta las bases para alcanzar, entre otras, la deuda que se refiere a la conquista de la libertad del cuerpo de la mujer, lo que eliminaría la diferencia entre la vida y la muerte de las mujeres, es decir entre aquellas con recursos para ejercer su sexualidad y reproducción libremente y aquellas que deben hacerlo en la clandestinidad poniendo en riesgo su vida.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar Villanueva, L. (1994). Estudio introductorio. En *La implementación de las políticas*. (2da. ed. pp. 15-92). México: Porrúa Grupo Editor.
- Álvarez, Y. A. y Valencia Agudelo, G. D. (Julio-Diciembre, 2008). La ciencia política y las políticas públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación. (pp. 93-121). Instituto de Estudios Políticos nº 33. Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16429061005>
- Ávila, M. B. (1999). Feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos en Scavone, L. (comp.). *Género y salud reproductiva en América Latina*. (pp. 57-83). Libro Universitario Regional. Ed. Universidad de Costa Rica.
- Barukel, A. (2014). ¿Una nueva etapa en el estudio de políticas? Desafíos para la práctica teórica y la práctica profesional. En Díaz, C., Galano, N., Curti, G. (comps.). *Miradas de políticas públicas. Como se enseña y aprende el análisis de políticas en América Latina*. (pp. 197-224) Rosario: Editorial libros por demanda.
- Berman, P. (1993). El estudio de la macro y micro-implementación en *La implementación de las políticas*. (2da. ed. pp. 281-321). México: Porrúa Grupo Editor.
- Carabajal, M. (26 de Abril de 2016). Un juicio para violar derechos. *Página 12*.
- Conde Gutiérrez, F. (Septiembre/Octubre 2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Revista Española de Salud Pública*. 76(5), (pp. 395-408). Madrid, España.
- Cremonte, J. P. (2007) El estilo actuación pública de Néstor Kirchner en Rinesi, E., Nardacchione, G. y Vommaro, G. (eds) *Los lentos de Víctor Hugo. Transformaciones políticas y desafíos teóricos en la Argentina reciente*, (pp.381-417) Universidad Nacional de General Sarmiento. Prometeo libros.

- Cruz Velandia, I. (2005). La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Investigación y Educación en Enfermería*. 23(1), (pp. 92-101). Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072005000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000100008)
- D'atri, A. (2011). *Derecho al aborto, derechos sexuales y reproductivos en Argentina Sexo, mentiras y... silencio*. Recuperado de: <http://www.ips.org.ar/wp-content/uploads/2011/03/Sexo-mentiras-y...-silencio.pdf>
- De Los Ríos, R. (1993). Género, salud y desarrollo un enfoque en construcción en Gómez Gómez E., De Los Ríos, R. Plaut R., Torres, C. y Yunes J. *Género, mujer y salud en las Américas*. (pp. 3-18) Publicación científica nº 541. Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C.
- Fabbri, L. (2013) *“Apuntes sobre feminismos y construcción de poder popular”*. Colección en las calles y en las camas. Rosario. Puño y Letra. Editorialisimo de base.
- FLACSO. (2011). Modulo I. Determinantes sociales de la salud. El concepto de Salud. Evolución histórica. Aceptaciones actuales. (pp. 17-69). Recuperado de: [http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Man\\_Flacso/Modulo\\_1Parte1\\_Flacso\\_2011.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Man_Flacso/Modulo_1Parte1_Flacso_2011.pdf)
- Felitti, K. A. (Octubre de 2004) *Una política demográfica nacional: debates y repercusiones del simposio sobre política de población para la Argentina (1969)* en VIII Jornadas argentinas de estudios de población, Tandil, Argentina. Recuperado de: <http://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/B13/Felitti.pdf>
- Jiménez, C. A., (Mayo – Agosto 2009). Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. *Salud colectiva*. 5(2). (pp. 211-224). Buenos Aires. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000200005&script=sci_arttext)

Levín, S. (5-8 Noviembre 2003). La Ciudadanía de la mujer en Argentina en el siglo XXI: las tensiones de un modelo cívico. VI Congreso Nacional de Ciencia Política. Sociedad Argentina de Análisis Político. Rosario.

\_\_\_\_\_ (2013). Un nuevo criterio de justicia en Argentina: aborto por violación. *La Aljaba. Segunda época.* 17 (pp. 11-27). Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-57042013000100001#notas2](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042013000100001#notas2)

\_\_\_\_\_ (2010) *Derechos al revés: ¿salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* 1ª ed. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Liborio, M. (2013) ¿Por qué hablar de salud colectiva? Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. *Revista Médica de Rosario.* 79(3), pp. 136-141).

Ogando, M. (Septiembre 2010) ¿Y a la izquierda del kirchnerismo qué? Apuntes críticos para una nueva izquierda. *Revista Batalla de ideas.* 1. (pp. 11-32).

Oszlak, O. (1980). Políticas Públicas y regímenes políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. 3(2). Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Pecheny, M. y Petracci, M. (2006). Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. *Horizontes Antropológicos.* 12(26), (pp. 43-69) Universidad de Buenos Aires. Argentina. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832006000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000200003)

Ramos, S. Bergallo, P. Romero, M. Arias Feijoo, J. (2009). El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en Argentina en *Derechos Humanos en Argentina* (pp. 451-491, 1ª ed.). Informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿Una transición ideológica?* Buenos

Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Recuperado de:  
[http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/77/Los\\_m\\_dicos.pdf?sequence=1](http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/77/Los_m_dicos.pdf?sequence=1)

Romero, M., Abalos, E., Ramos, S., (Marzo 2013). La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR). Número 8 .

Scillamá, M. (2007) La tristeza de la ciencia política y los límites del autonomismo para pensar el diciembre argentino” en Rinesi, E., Nardacchione, G. y Vommaro, G. (eds) *Los lentes de Víctor Hugo. Transformaciones políticas y desafíos teóricos en la Argentina reciente*, (pp.313-344) Universidad Nacional de General Sarmiento. Prometeo libros.

Subirats, J. (1989). Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. INAP. (pp. 101-123; 125-138). Madrid.

Teppaz, D. (2007). Anticoncepción de emergencia en *Derechos Sexuales y Reproductivos. Jornadas de Capacitación de Equipos de Salud. Conferencias y debates*. 1ª ed. (pp. 43-49) Rosario: UNR Editora.

Vallina, C. y Monje, C. (27 de Agosto de 2003). Bondesío ordena denunciar los casos de abortos terapéuticos. *El Ciudadano*, p.8. Disponible en Anexo.

Van Meter, D. S. y Van Horn, C. E. (1993). El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual en *La implementación de las políticas*. (2da. ed. pp. 97-146). México: Porrúa Grupo Editor.

Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes*. Barcelona Ediciones. España.

Vasallo Mantilla, C. (2007). Sexualidad: Salud Sexual. Prevención del VIH-SIDA. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 6(Supl. 5). Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2007000500014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000500014)

Vasilachis De Gialdino, I. (2006) La investigación cualitativa en Vasilachis De Gialdino I. (coord.), Ameigeiras A. R., Chernobilsky L. B., Giménez Béliveau V.,

Mallimaci F., Mendizábal N., Neiman G.,... Sonería A. J. *Estrategias de Investigación cualitativa. Herramientas universitarias.* (pp. 23-64). Barcelona, España: Ed. Gedisa.

Woelflin, M. L., Ghilardi, F., López Asensio, G., Yoya, M. A., Lapelle, H., Geli, M. y Zabala, P. (Noviembre de 2013). El acceso a la salud pública en Rosario en un contexto de recuperación económica en *Decimoctavas Jornadas Investigaciones en la Facultad de Ciencias Económicas y Estadística UNR*. Recuperado de: [http://www.fcecon.unr.edu.ar/web-nueva/sites/default/files/u16/Decimocuertas/woelflin\\_ghilardi\\_lopez\\_asensio\\_yoya\\_lapelle\\_zabala\\_geli.pdf](http://www.fcecon.unr.edu.ar/web-nueva/sites/default/files/u16/Decimocuertas/woelflin_ghilardi_lopez_asensio_yoya_lapelle_zabala_geli.pdf)

# **ANEXOS**

## **Anexo I - Entrevistas**

### **Entrevista a Daniel Teppaz. Ex Director del Hospital Roque Sáenz Peña.**

**Fecha: 6/10/15**

**E:** Hola Daniel. Muchas gracias por la predisposición para este encuentro. Mi idea es que vos me cuentes del dispositivo de la Consejería del Hospital Roque Sáenz Peña. Estuve viendo algo de la definición de Salud de la OMS la cual es muy criticada y tomé también algo de Débora Ferrandini ex Vice Ministra de Salud.

**DT:** Hola Miranda. Mira, en cuanto a la definición de la OMS hay que... yo te sugiero que leas y después te puedo pasar si querés, el libro de causal salud. Lo que tiene de bueno el libro de Causal Salud es una parte de principios que son unas 30 hojas que están en el medio y a medida que vos vas leyendo, eso te van a dar paginas. Vas a la parte de fundamentos y ahí te dice de que pacto internacional, o de que cuestión se están agarrando para hacer esa afirmación que esta hecha ahí. Y por otro lado, porque esta definición de la OMS del mas alto grado de bienestar (...) que es criticada, en realidad ahí y en otros lados obviamente y también en las definiciones de salud de salud colectiva vas a encontrar que es muy importante y que no es ninguna estupidez porque en ese punto de bienestar está el ida y vuelta y la decisión de la mujer. Por ejemplo en el caso del aborto o de cualquier persona que va a hacer una consulta en el sistema de salud porque el bienestar, el mas alto grado de bienestar solamente lo puede definir la persona.

**E:** Es subjetivo.

**DT:** Claro, es subjetivo, entonces el mas alto grado de bienestar para vos no va a ser el mismo que para mi. Por lo tanto yo tengo q respetar aunque no acuerde con lo que vos vas a hacer o vos preferís para tu vida o que no este de acuerdo con mis principios, que no este de acuerdo con mi moral y mi ética, con mi religión o con lo que se me cante, yo tengo que respetar lo que para vos es el mas alto grado de bienestar.

**E:** Claro, entiendo.

**DT:** Y ahí también se va a hacer una discusión bastante interesante que es la diferencia entre el derecho a la salud y el derecho al acceso a la salud, porque en

realidad los Estados no están obligados a respetar el derecho a la salud porque quien te puede decir que vos estas saludable y si tal persona va a estar saludable, pero si a proveerte los medios para que vos puedas lograr el mejor estado de bienestar. Entonces ese libro, yo te lo aconsejo, porque aparte vas a tener todos los tratados y los derechos sexuales y reproductivos.

**E:** Genial. También estuve leyendo la Guía sobre salud sexual y reproductiva que sirve para puntapié y que hace una enumeración de leyes argentinas.

**DT:** De las leyes también te las puedo pasar.

**E:** No quisiera hacer de mi tesis todo lo que es materia de legislación, pero creo que es importante para introducir.

**DT:** Hay leyes que no van a estar. Si vos me anotas todo y me mandas un mail yo te las paso o te doy un CD con todas las leyes. Porque por ejemplo ahí tenés que agregarle la Ley del Paciente que en ese momento, cuando se editó la guía no estaba, no estaba la ley de identidad, no estaba la ley de matrimonio igualitaria, no estaba la ley de reproducción médicamente asistida. Entonces ahí, cambian muchos de los derechos sexuales y reproductivos en lo que es materia de legislación. Y obviamente también tenés las leyes provinciales que acá sí pesan, por ejemplo la atención de menores, por ejemplo la objeción de conciencia. Que no está esa normativa a nivel nacional y lo tenés mencionado incluso de manera contradictoria en la ley de salud sexual y reproductiva y en la de ligadura tubaria.

**E:** Bárbaro. Entonces empiezo a preguntarte acerca de la Consejería del Hospital Roque Sáenz Peña (HRSP). Más que nada necesitaría que me hagas un recorrido histórico de la misma, cuándo se crea, cómo fue el proceso, qué aspectos contempla.

**DT:** La consejería del HRSP es relativamente reciente. Reciente en una historia que tiene el hospital en cuanto a derechos sexuales y reproductivos que viene desde muchos años. Obviamente que en todo este movimiento que hizo el HRSP no todo es bello y hermoso y romántico. Ni fue necesariamente un nacimiento en función de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que también tiene vericuetos que tienen que ver con otros intereses. Por ejemplo intereses de investigación en conjunto con los laboratorios para que se prueben determinados métodos anticonceptivos, determinados dispositivos. Partiendo que ahí funcionaba una

extensión de la cátedra de ginecología y de obstetricia de la UNR. En una época sobre todo donde no había, casi no había ningún tipo de regulación por parte del Estado a través de comités de ética. Cuando digo comités de ética, me refiero a comités de ética de investigación donde se supervisan cuales son los protocolos que utilizan medicamentos para pacientes que ahora si están. Tanto en la Municipalidad como en la Provincia y obviamente se empezaron a utilizar métodos anticonceptivos en el Roque Sáenz Peña antes de que la ley argentina lo permitiera. Entonces también lo hizo la municipalidad un poco mas tarde.

Pero ya, cuando estamos hablando de... principios de los 90 que recién digamos ... pensemos que a los años de que asumió Alfonsín, yo no tengo las fechas exactas pero después lo podemos consultar, se permite el uso de anticonceptivos en Argentina que estaban prohibidos desde la época del gobierno de Isabelita Perón.

Entonces ya, desde antes de esa fecha, el Roque Sáenz Peña utilizaba métodos anticonceptivos. Obviamente algo que hoy lo decimos, pero que en ese momento lo guardábamos, se ligaban las trompas a las mujeres cuando lo pedían. Y no estaba permitido tampoco por la ley. Se colocaban DIU y demás. A la par de los proyectos de investigación también había una preocupación y se conseguían métodos anticonceptivos.

Después la Municipalidad empezó a comprar algunos métodos anticonceptivos como reguladores del ciclo, porque también sirven para regular el ciclo menstrual. Porque no se podían pasar como anticonceptivos. Para usar, usaban este plan.

**E:** Se buscaba la vuelta.

**DT:** Claro. Aunque te parezca mentira no se podían utilizar métodos anticonceptivos para anticoncepción. Entonces en el Roque Sáenz Peña, a diferencia del resto de los Hospitales y aún siendo una extensión de la propia cátedra de ginecología donde no nos enseñaban como estudiantes anticonceptivos, si vos hacías en el Roque si te enseñaban anticonceptivos y había uso de métodos anticonceptivos. Y fue siempre la parte de ginecología la que estuvo más avanzada. Donde había dos profesores que teníamos de la Facultad que eran Figueroa Casas que ya falleció y Badano, que estaría bueno que lo entrevistes, esta jubilado pero te puedo hacer el contacto y darte una mano.

**E:** Dale, sería muy bueno. Gracias.

**DT:** Si tuvieron una mentalidad lo suficientemente abierta y jugada para permitir ciertas cosas que el resto o no se hablaba o no se permitía porque obviamente el resto de las cátedras de los Hospitales estaban en manos del poder del Opus Dei.

**E:** ¿Ah si?

**DT:** Si. O siguen... Estaban es una manera de decir, de usar un pasado que no corresponde.

Entonces esa es un poco una historia en donde siempre hubo más apertura. Y obstetricia... la parte de obstetricia que vino como separada siempre como si fueran dos partes divididas, si vino mas rezagada, y recuerdo que por ejemplo cuando yo era residente, obviamente dentro de una onda política, creo que era el gobierno de Reutemann, donde el Ministro era Bondesío que era un ingeniero, tengo los artículos de los periódicos si los querés también y las notas que mandaba a los hospitales que es una perlita que me regalo una profesora de la cátedra de ginecología que se las guardó. Donde ordenaba que toda mujer que concurría por un aborto por ejemplo, sea denunciada. Pero las notas que mandaba a los hospitales había un listado de personas... de delincuentes, que por ejemplo habían matado, que tenía una herida de arma, que tenía esto y que tenía lo otro y la mujer que había hecho un aborto. O sea, la mujer estaba en una lista de delincuentes que había que denunciar a pedido del Ministro de Salud. Y tuvimos un cartel, me acuerdo en donde decía que toda mujer que concurre al hospital por un aborto, sería denunciada. Y no hubo menos abortos, las mujeres venían mas destrozadas, obviamente cuando tenían que elegir entre me muerdo o me denuncian. Nunca pusieron a nadie preso, a las mujeres si se les abrió un antecedente, un prontuario y por supuesto cuando tenían que buscar laburo y le pedían los antecedentes, se encontraban con que tenían una mancha, que alguna vez habían tocado el pianito.

Luego, mas o menos en el año `94 `95 yo estaba en la residencia empezó a haber una apertura y a repensar la atención pos aborto de las mujeres tanto en ginecología como en obstetricia. Y a los pocos años el propio profesor de la cátedra salió en el diario, que creo que fue en el Ciudadano, Badano este que te digo, diciendo que la mayoría de los médicos estaban a favor de las mujeres que iban a abortar al hospital. Cosa que era una revolución en ese momento. Y entonces, ahí, nosotros en el Roque Sáenz Peña empezamos a re pensar cual era nuestro rol con lo que estaba pasando y empezó una época de apertura. Una época de apertura en donde el número de mujeres no solo no disminuyó, que se iban a realizar abortos, sino que hasta a veces

aumentó. Por ahí también tengo las cifras si las querés de todos los años. Y lo que empezamos a dejar de ver era a las mujeres que venían con complicaciones severas. Después, a ver, de todos modos, hasta este momento, el aborto no punible Art. 86 era un tema del que no se hablaba. Pero del que no se hablaba porque no teníamos noción que existía. Nunca en la facultad nos habían hablado, nunca nadie hablaba de esto, nunca nadie lo publicaba, nadie comentaba. ¿Cuál fue el primer hito en relación al aborto que yo recuerdo? Que ahí yo estaba de Director del hospital. Esto fue en el año 2004, las mujeres MAR (Mujeres Autoconvocadas Rosario) toman contacto con una niña, que me parece que tenía 12 años que había sido violada, y que la presentan a la Secretaría de Salud Pública, estando de Secretaria de Salud Pública Mónica Fein, la actual intendenta, y se toma el caso pero lo que hace es inmediatamente lo judicializa. Es decir, pide permiso a la justicia, obviamente asesorada por los propios abogados de la Secretaria, de la Municipalidad. A esto MAR, hace la primer movida fuerte en los medios y demás, contrarrestando esto... o sea hace aparecer por primera vez la no judicialización de un aborto. Y que el aborto era posible por violación porque estaba contemplado por el Código Penal Art. 86.

**E:** Se quiere hacer valer lo que ya estaba legislado.

**DT:** Claro, es la primera vez que yo recuerdo, que alguien, en este caso las mujeres de un movimiento feminista, son las que ponen el tema en el Estado y dicen “No, señores ustedes están haciendo algo que no corresponde”. Ese fue el primer aborto no punible que recuerdo en la historia, en mi historia, que obviamente no se resolvió con misoprostol. Existía el misoprostol, pero nosotros lo usábamos para la inducción del trabajo de parto. Nosotros no sabíamos que se podía usar como método para inducir un aborto. No sabíamos, no sabíamos cuales eran las dosis ni nada. Se resolvía por método quirúrgico. Pero bueno... se resolvió ese primer caso pero a partir de ahí... una vez me preguntaban en Buenos Aires ¿cómo como empezaste a trabajar con esto? Y en realidad fue a partir de este hecho. Porque luego de que se resuelve esta situación, mujeres autoconvocadas presentan un escrito y un proyecto de cómo se debe trabajar en casos de abortos no punibles. Y me acuerdo de que la Secretaria de Salud me da el proyecto y me dice: “toma, a ver, fijate que hacemos con esto”. Y fue a partir de ahí también, que al mismo tiempo, obviamente las mujeres de MAR van a saber mejor de esto, porque yo tengo una parte de la versión. También empiezan a trabajar con el Concejo Deliberante y Rosario tiene el primer protocolo de aborto no punible del país. Con una claridad suprema de las mujeres autoconvocadas. Ese escrito lo tengo guardado como una reliquia, el que hace MAR, pero si vos lo leyeras,

te vas a encontrar con que es muy parecido al que esta en las guías ahora con una claridad y un adelanto...

**E:** ¿Y esto fue en el año?

**DT:** Y tiene que haber sido en el año 2005, 2006. Todos estos documentos yo los tengo.

**E:** Claro, yo leí la ordenanza...

**DT:** La ordenanza, claro. Pero yo tengo el primer documento borrador que manda MAR a la Secretaría. Este que te digo que lo vieron y me dijeron "fijate". Y a partir de ahí, se empieza a hablar un poco mas del aborto no punible. De los casos que aparecían, eran uno cada año y medio, cada dos años. Porque la gente no conocía, porque nosotros no cocíamos, porque todavía teníamos una visión muy restrictiva de que era lo que entraba como aborto no punible. Y después, yo ahí ya no te puedo hablar tanto del Roque Sáenz Peña en particular, sino te puedo hablar del Roque Sáenz Peña en contexto, yo te estoy haciendo un bollo apretadísimo de la historia... porque yo paso a trabajar en el Ministerio de Salud de la Provincia. Y ahí que en ese momento tenía a Débora Ferrandini como Vice Ministra, le pudieron dar para adelante junto con las mujeres que participaban... mujeres cada vez mas del Concejo Asesor pero eran mas la multisectorial de mujeres las que están mas metidas. Entonces se empieza a trabajar con eso y con objeción de conciencia. Y una vez que se empieza a trabajar con objeción de conciencia... y a partir de la objeción de conciencia, se empieza a trabajar con aborto no punible. Y se empieza a trabajar con los protocolos, después sale el protocolo del 2007... no, ya estaba el del 2007 de Nación. Después el del 2010, 2015...

**E:** ¿Qué diferencia hay entre estos protocolos? ¿Por qué existe el del 2010, 2015? ¿Qué es lo que los diferencia? ¿Tiene que ver con rango nacional o provincial?

**DT:** No. En el protocolo del año 2007 que es el primero que larga Nación, la principal diferencia que existe con el del 2010 es en el punto de la violación, la causal violación, las causales no estaban explicadas. La verdad que el que da el salto cualitativo es el del 2015. Pero digamos, en el del 2007 todavía figuraba por ejemplo que toda mujer que argumentaba necesitar un aborto por violación, se requería una denuncia de la violación. Después, los abogados y los centros de investigación, nos apelaron a la

provincia que la denuncia no era lo adecuado. Y en la provincia dejamos de exigir la denuncia. Y ahí en el 2010 ya sale el protocolo y sale correctamente con la denuncia complementaria que es necesaria...

**E:** ¿Estos protocolos son nacionales?

**DT:** Claro. Todos éstos, los del 2007, 2010 y 2015 son protocolos nacionales sobre aborto no punible a los que la provincia adhiere. Adhiere a éste junto con la atención post aborto. Que es otro protocolo que esta en Nación y que también en el 2015 lo volvemos a ver. Pero la atención post aborto varia mas en la cuestión de la praxis médica, digamos, con que métodos o con que técnicas, como se resuelve. En cambio en los protocolos desde el año 2010 al 2015 el gran avance es que toma pie puntilla lo que fue el caso de la Corte Suprema del año 2012 del caso F.A.L.

El Roque en todo este tiempo, donde... digamos, adhiere rápidamente a todas las políticas de la provincia y demás... Y ya con esto de que tenemos el mejor trato con la cuestión post aborto y demás, empieza a dar lugar a la resolución de los casos de aborto no punible. Y obviamente empiezan.... Las mujeres rápidamente corren la voz y empiezan a ir. El doctor todavía sigue diciendo: "vienen mujeres de San Lorenzo", y si, porque una mujer que sabe que la van a tender bien acá, ni pregunta si hay otra cosa en el medio, se va al Roque. ¿Vos que harías?

En el Roque Sáenz Peña, te dicen: "te van a atender bien, no te van a decir nada, no te van a juzgar, te van a solucionar el problema, te van a tratar bárbaro". ¿Vos qué haces? No te vas a ir al hospital vecino a probar a ver si el que esta más cerca te va... Puede ser que en San Lorenzo no traten bien a las mujeres y que las mujeres se sientan rechazadas, no digo eso, pero también podría ser que las mujeres, habría que investigarlo a eso, directamente vayan porque... porque pasa así, digamos, pasa también en los Centros de Salud. Cuando al no darle respuesta a una mujer que va al centro de salud y aun cuando también hablábamos de aborto no punible. Bueno, mira, acá están las pastillas, las tenés que tomar así. Pero un susto bárbaro, digamos, porque yo tengo miedo también, ¿que querés que te diga? Es así. Pero también las mujeres le pasaban o otras mujeres de otros lados. ¿Y como vienen acá y me vienen a plantear esto? Y bueno, es así, se corre la voz.

**E:** ¿Y ahora en los Centros de Salud se resuelve con misoprostol? Y sino se resuelve, ¿como se prosigue?

**DT:** Si. Con la AMEU. (Aspiración manual endouterina).

**E:** ¿Y pasan directamente al hospital?

**DT:** Claro, al hospital. Claro. Mas o menos en el año 2014 empezamos a promocionar que se empiecen a hacer... yo te doy un contexto mas macro, vos después ves lo finito... se empieza a promocionar que se formalicen espacios de consejería en los efectores de salud. Esto tremendamente peleado y discutido porque por ejemplo, nunca acordamos con Débora Ferrandini cuando era Vice Ministra de Salud que ella admitiera las consejerías. Y eran peleas y discusiones, y eran en buenos términos no? Porque es lo que hoy mismo se sostiene por ejemplo, en atención primaria es que los espacios de consejería desresponsabilizan al resto del equipo y entonces dicen: "ah bueno anda que te van a explicar, anda a preguntar. Ah no, de eso se encarga la consejería" y el resto no... Esto termina estigmatizando a un grupo de personas y termina estigmatizando a las mujeres que van a determinado espacio. Entonces empezamos a promocionar que se hagan los colegiados para armar las consejerías o digamos... porque esto imaginate en Santa fe Reconquista, Rafaela, Venado Tuerto, Rosario. Tienen realidades totalmente diferentes. Y a su vez Rosario Zona Norte tiene una realidad totalmente diferente con la Zona Sudoeste. En cada espacio hay que armar algo a medida. Entonces en algunos lugares iba a ser necesaria la consejería, en otros lugares era necesario que los equipos de salud de un Centro de Salud, se empiecen a reunir por primera vez en una reunión de equipo y empiecen a habar de esto por ejemplo. Desde ahí partíamos. Y para volver en este contexto de promocionar los espacios de colegiados de salud sexual y reproductiva entre trabajadores de distintas partes de la red. Se hace... el primer colegiado que se hace en Rosario es el de la zona Norte y después se hace el de la zona Sur - Sudoeste donde esta incluido el Norte. Un poco lo que... para hacértelo así muy resumido... lo que termina saliendo de estos colegiados es que en los Centros de Salud todo el equipo responde y se hace cargo. Obviamente habrá alguno mas que... otros menos... como sea, pero son los espacios con los médicos que tienen adscripta esa persona, así le llamamos técnicamente nosotros. Y en los hospitales, que es siempre mucho más despersonalizado y hoy por hoy en el sistema de salud se desalienta que las personas vayan a los hospitales para atender sus problemas cotidianos de salud que los pueden resolver en su barrio. Y que al hospital lleguen por referencia de un Centro de Salud. Pero en temas de Salud Sexual y Reproductiva, mas si hablamos de aborto, hay mujeres que no quieren ir al barrio o que si son referidas desde un Centro de Salud o... que si no tienen claro cual es el Centro de Salud a donde tienen que ir. Los Hospitales son espacios más grandes que sirven si para espacios de consejería. Tenemos una consejería en el Roque Sáenz Peña, una consejería en el Baigorria... se empieza

ahora a formar una consejería en el hospital Provincial. Cada uno tiene sus diferencias. La Maternidad Martín no tiene atención ambulatoria, van directamente mujeres a parir, digamos, a internarse. Entonces, sí hacen consejería pos internación, pero no pueden hacer la previa. Que también participan de estos espacios colegiados. No hay consejerías todavía que yo sepa en el Carrasco, en el Alberdi, en el HECA, pero tampoco el HECA tiene atención ambulatoria, salvo que la persona vaya a la guardia, no tiene consultorios. ¿Y qué hospital me falta? Bueno, creo que ninguno. Entonces, lo que hace el Roque es poner este espacio de consejería dentro de un hospital.

**E:** ¿Esto inicia a partir del año 2014?

**DT:** La consejería del Roque empieza a funcionar antes.

**E:** Por más que digamos, a partir del 2014 es cuando se institucionaliza...

**DT:** Si, también antes se decía.

**E:** ¿No tiene una fecha fundacional?

**DT:** Si. Vos le preguntas a la gente del Roque y te dice la fecha exacta. Yo no me la acuerdo. Ahora yo te digo en que contexto funciona, pero la verdad, tendrá dos o tres años más. En realidad la consejería del Roque... te estoy haciendo un bollo muy bonito... pero en el 2003 cuando aparece la ley de ligadura tubaria, que aparece la de la provincia, lo que exigía digamos, era que haya un equipo en los hospitales que recepcionara a las mujeres que iban a la ligadura tubaria. Entonces se constituye este espacio como un espacio de diálogo, pero que era entre profesionales del Roque con los profesionales de los Centros de Salud. Claramente no iban las mujeres. Es como que acordaba el turno, se presentaba la situación de esa mujer para tener la ligadura tubaria. En algunos lugares, esto era un obstáculo, porque en realidad era para preguntar y poner trabas. Y en otros lugares, como en el Roque que fue cubriéndose en el sentido de... asegurarse de que se cumpliera el derecho de la mujer, facilitarle el camino dentro del hospital. Entonces ya medio este grupo empezó funcionando en este sentido... después siguió como una consejería y como un espacio donde solían ir las mujeres a consultar. Si iba a preguntar por el aborto, también se le agregan los métodos anticonceptivos, en las consejerías puedes preguntar por un DIU o por una vasectomía...

**E:** Si, la consejería tiene varios espacios, desde métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, diversidad sexual... es bastante amplio.

**DT:** Si, si, si. Yo te hablo de aborto porque vos me dijiste que estabas investigando aborto. Pero bueno, es cierto que es menor el numero de personas que van a hacer otras consultas.

**E:** Es decir, la consultoría recibe mas mujeres que van a consultar por abortos.

**DT:** Si, porque en general hay menos resistencia, menos problema para acceder a métodos anticonceptivos en los Centros de Salud o en los hospitales. Es como que esta mas allanado el camino pero obviamente... En realidad la consejería del Roque también, como la de Baigorria, es una consejería que también... es un lugar donde la mujer ya puede salir con una respuesta, con el tema solucionado. No es que va a la consejería, para después pasar a otra instancia... salvo que... Yo ahora voy dos días a la consejería del Roque en el verano, porque estaban de vacaciones y faltaba gente. Una mujer que fue referida por salud mental, embarazada de muy pocas semanas, que estaba viviendo sola con un hijito de 9 meses. Y la mujer estaba sola y no tenia condiciones para que se vaya a su casa a hacer tratamiento medico, y que si le pasaba algo a la noche viviendo en el barrio, manejaba, y tenía alguna complicación, pudiera salir, con quien dejaba al bebe... bueno entonces ¿que se hizo? Bueno ahí, se programó: ¿cuando podes vos tomarte estas horas? ¿Podes conseguir una tía, una vecina, una mujer que iba a cuidar el bebe? o se venía con ella al hospital... Entonces se internó, se hizo una AMEU, se recuperó y se fue a su casa. Un problema que todavía estamos teniendo es que no le podemos dar a elegir a las mujeres entre un tratamiento aborto medicamentoso o instrumentado por una aspiración. Que el legado hay q desterrarlo, habría que desterrarlo.

En realidad la mayoría de las mujeres como es mucho más fácil, siempre hay como una traba en los hospitales, en la mayoría de los hospitales... y se resuelve en atención primaria era medicamentosa, pero hay mujeres que a lo mejor, no porque tengan un problema como este que te dije, sino porque dicen: "no, en realidad no tengo ganas de pasar por contracciones, ni porque me duela, ni por esto, ni por el otro. Quiero ir, que me pongan anestesia, me hagan la aspiración, irme a mi casa y listo". Bueno, es un método y está bien. No es más riesgo para la mujer. Eso no es una opción que se les puede dar libremente a las mujeres.

**E:** ¿Eso esta plasmado en el protocolo también?

**DT:** Si, está plasmado pero no es una opción... porque digamos, una mujer que esta embarazada de 8 semanas, 9, 7, 6 lo que sea, puede elegir, bárbaro con medicamentos. Porque obviamente, hoy por hoy en los Centros de Salud no hay una infraestructura mínima... mínima, mínima, para hacerse una AMEU. Pero la verdad que si existiera, se podría hacer en los Centros de Salud. Pero la verdad que hoy no tienen. Tienen que ir a un hospital, y en el hospital tiene que hacer uso del quirófano, y tiene que competir con todos los otros... un quirófano que no es un quirófano, puede ser una salita de parto, cualquiera, pero tiene que competir con todo el resto de las otras prestaciones.

Y también que se suma en un lugar permeable como es el Roque, pero también es un lugar donde hay resistencia. Los hospitales te ponen a hacer eso. El Roque aún, siendo un hospital permeable, la verdad es que es producto de una lucha a capa y espada de un grupo de personas que la milita todos los días. Porque no tienen allanado todo el camino...

**E:** ¿Vos me decís de las propias personas, de los trabajadores?

**DT:** De enfermería, de ginecología, donde hay mucha resistencia. Donde hay que pedir guardia, o que se te declaran objetores o que no se declaran objetores pero que esquivan. Que no es que en el Roque Sáenz Peña son todas flores y rosas y que esta todo bárbaro. Y... ahora que gracias a un grupo que realmente la pelea, la sostiene, las cuida a las mujeres. Cuida en el buen sentido. Trata de que... no sean atacas por estas... enfermeras que no están de acuerdo, en un segundo que te descuidas, te largan una frase matadora.

**E:** Claro. Y esto que vos decís de las personas que cuidan, ¿son las mujeres autoconvocadas o movimientos?

**DT:** No no, los mismos trabajadores...

**E:** Las mismas personas, los mismos trabajadores. O sea que hay una lucha ahí.

**DT:** Si, los propios trabajadores.

**E:** Bueno, eso era algo que yo te iba a preguntar, que como habían acogido los trabajadores la implementación del dispositivo.

**DT:** Hay un altísimo porcentaje y sobre todo en el grupo profesional. Hay en grupo de profesionales de medicina, Trabajo Social que presiona fuertemente y de Salud Mental. Salud mental, Trabajo Social y un grupo de obviamente de Ginecología, médicos y médicas, la farmacéutica que como toda farmacéutica siempre tienen los medicamentos y cuentan que uno no les falte, que estén puestos uno arriba del otro. Que las cajitas estén todas bien alineadas. Proveen la medicación, cuida que haya stock, se preocupan. Y esto tiene un gasto energético para todas estas personas que es alto. Así que en ese sentido, la verdad que el laburo de la gente del Roque...

**E:** ¿Y con los objetores de conciencia como se trabaja en el Roque?

**DT:** En el Roque en realidad no había objetores de conciencia. ¿Y a que me refiero? A que, las personas que presentaron objeción de conciencia, que fueron pocas, las presentaron mal, muy mal. Fueron rechazadas el 100%. Porque no cumplían con ningún requisito mínimo para ser aceptadas. Estas objeciones de conciencia fueron devueltas al hospital. Y el hospital está todavía haciendo los trámites burocráticos porque las personas podrían rehacerlas, esas a las que se les rechazó, tienen la posibilidad de rehacerlas. Pero no hay, no aparecen en el hospital, y yo que conozco a parte a la gente, reales objetores de conciencia. Hay sí, un peso bastante importante de muchos trabajadores y trabajadoras que son de la Iglesia Evangélica aparte de la Iglesia Católica, que hacen alguna resistencia, pero no presentaron objeción.

Y hoy por hoy, nadie podría negarse en lo legal porque nadie tiene aceptada la objeción de conciencia. O la objeción de conciencia ha sido rechazada. Por ejemplo un cardiólogo objetó hacerles exámenes cardiovasculares a mujeres que tengan menos de 30 años o no tengan hijos para hacerse la ligadura tubaria. La pregunta es: ¿qué motivos? porque tiene que aclarar y justificar fuertemente porque eso le daña profundamente su moral, su ser y su conciencia, responden “personales”. No, personales es no tengo ganas.

Segundo si a mí hacer una ligadura tubaria, me produce una contradicción moral muy profunda, no puedo hacer ninguna ligadura tubaria. No que a las mujeres que sean mayores de 30 años y tengan hijos sí. “Ah bueno, ahí que se la hagan”. Porque yo lo que estoy objetando ahí, no es una objeción de conciencia, sino que estoy objetando la autonomía de las mujeres, estoy objetando a la mujer que decida osar no ser madre o decida no tener más hijos a una edad temprana. ¿Me explico porque no pueden ser aceptadas? Entonces tendrá que revisar sus concepciones. Pero no las han revisado se ve porque no las han presentado.

**E:** Mira vos.

**DT:** Pero sobre el aborto también hay mucho de eso eh? Digamos que hay objeciones a las mujeres... Te recomiendo consultar un trabajo que esta en ingles, que es el único problema, pero es hecho acá en Rosario. Si vos me lo pedís yo te lo mando. Que esta hecho en dos hospitales de la ciudad de Rosario. Son 240 profesionales donde se evalúa que entienden por el aborto no punible, cuales son sus concepciones, cuando estarían dispuestas a hacer un aborto no punible o no y la verdad que el trabajo esta magnifico. Porque primero esto que yo te venia contando de la historia. Que en muchos hospitales hay una ley, y que a pesar de la ley y a pesar de la difusión y demás, opera una ley que fue transmitida por algún jefe en algún momento, y como cuenta este uruguayo, ¿como es que se llamaba?... ¿nunca escuchaste el cuento del soldado del banquito blanco?

**E:** La verdad que no...

**DT:** Un cuento en donde, ya me va a salir el nombre... un soldado que hacia guardia al lado un banquito blanco y se hacían posta los soldados cuidando ese banquito. Hasta que un día alguien se preguntó porqué tenía que haber un soldado cuidando un banquito y todos suponían que era porque se había sentado un personaje muy importante de la historia. Y en realidad, era porque una vez pintaron el banquito de blanco y le habían pedido a ese soldado que cuide que nadie se siente... y así se fue transmitiendo, una ley. Hay interpretaciones en donde repiten cosas que no tienen ningún asidero pero que lo toman como ley verdadera, porque alguien lo dijo. Y la otra cuestión es que, esta en el trabajo, porque vos viendo como en la medida que aun dentro de la aborto no punible va aumentando la posibilidad de autonomía de la mujer, y menos dominio de lo estrictamente biológico, mas resistencia hay por parte de los profesionales. Hay un, casi un 60% de profesionales que si es por motivos biológicos ningún problema y casi llegan al 80% de los que verían, pero un altísimo porcentaje lo haría al aborto, si depende la vida de la mujer. Si es por enfermedad un 50%, si fue una mujer idiota demente que fue violada también un 50% lo podría llegar a hacer. Ahora, si fue una mujer violada cualquiera y no, ya baja. Y si es por causas sociales o por razones de salud mental muy poco.

**E:** Claro, esta bueno, esta interesante porque esta realizado desde otra mirada...

**DT:** Esta bueno, porque es el punto de partida del imaginario de los profesionales desde el cual y a partir de un estudio que hace el CEDES, que acordamos hacer con el CEDES que fue una investigación – acción en donde se fue trabajando en los hospitales en la medida en la que se investigaba y que nos dio una línea de base de donde partíamos, para pensar que teníamos que hacer. Con que imaginario nos encontrábamos, que era lo que había que deconstruir.

**E:** La verdad que esta súper interesante. Yo la verdad tendría muchas más preguntas para hacerte, pero si a vos te parece Daniel, yo te envío un mail pidiéndote la información que me fuiste mencionando hoy. Y también si a vos no te molesta, más adelante posiblemente te vuelva a consultar.

**DT:** Si, dale, no hay problema. Vamos viendo, no tengo problema. Hoy te hice un bollo así bien bonito.

**E:** Muchas gracias Daniel.

**DT:** De nada.

## Entrevista a Mabel Gabarra. Fecha: 25/02/2016

**E:** Hola Mabel, te agradezco que nos hayamos podido reunir. Contame tu experiencia, ¿que es MAR, que lugar ocupa? ¿Quienes la integran?

**MG:** Desde el 2004 hasta... yo estoy en MAR, pero MAR hoy no activa tanto... por cuestiones etarias también.

**E:** ¿Ah si?

**MG:** Hay mujeres jóvenes, lo que pasa es que cada una se fue metiendo también en otras organizaciones, pero fue siempre una articulación MAR y ahora esta funcionando menos. Por ejemplo yo te traía... te traje acá... bueno, si vos querés, cuando fue la modificación de las ordenanzas en Rosario sobre aborto no punible, el protocolo de atención que es la base sobre la cual se ubica y funciona en Rosario el aborto no punible, y fue MAR la que activo todo eso, MAR la que activó en principio la sanción de la primera ordenanza y después cuando salió el fallo de la corte se hizo otra...

**E:** Otra movilización...

**MG:** Un lobby mas que nada, que el lobby es trabajar con los concejales para que se modifique la ordenanza de acuerdo a lo que decía el protocolo. Y después también se activo en la provincia para que se haga el protocolo de atención post-aborto... que yo te traje, te lo puedo incluso dejar esto, para que vos después lo pongas como... esta es la primera ordenanza en 2007 y después sale la segunda que es del 2012, que es después del fallo de la corte. Entonces, eso es un articulo que dice lo mismo que ahí. Y esta es la reforma ves? cuando se modifica en la cuestión de la atención de las mujeres y la cuestión de la violación. Porque el fallo de la corte fue sobre aborto, embarazo por violación. Bueno, vos aséme las preguntas.

**E:** Bueno, yo te empiezo a preguntar entonces. Te consultaba por MAR, quienes la integran, como surgen...?

**MG:** MAR, sobre todo, yo quería por eso que hablaras con otra compañera que es la que tiene... mira me trajo una carpeta así de recortes y ahí esta toda la historia de MAR desde el 2004 con recortes de diario y acciones. Se formo en el 2004 el 25 de Noviembre que es el día de la No Violencia, en realidad convocada por INDESO

(Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer) yo integraba INDESO hasta el 2008, yo fui la fundadora de INDESO junto con otras dos compañeras y durante... siempre activamos en la cuestión de violencia y en la cuestión de aborto.

Y en el 2004 veníamos movilizándolo... nosotras tenemos fechas claves. El día de la mujer, el 28 de Mayo que es el día de la salud de las mujeres, el 25 de Noviembre... entonces convocamos a todas las organizaciones que había para que hiciéramos como una especie de articulación. Y ahí surge MAR y decidimos llamarnos Mujeres Autoconvocadas Rosario. Y a partir de ahí empezamos a activar más como MAR que como cada organización. Y bueno te digo, 2004/2005 empezamos a trabajar sobre aborto, y en 2006 hubo en Rosario dos casos de dos chicas, no se si vos lo tenés por ahí filtrado, que eso hizo que nos movilizáramos mucho sobre el aborto no punible.

**E:** Claro, es ahí donde Daniel Teppaz, me comenta que recibió un proyecto sobre aborto no punible formulado por MAR y que fue precursor en la ciudad de Rosario y fue marcando las maneras de resolver los casos de aborto no punible. Siendo a partir de un caso de una chica que consultaba por un aborto donde surge esta iniciativa.

**MG:** El caso de Joana. Bueno, yo todo ese material, si vos lo querés ver... esta chica no podía venir hoy. Ella me dijo "solo puedo el Sábado a la mañana" y yo el sábado a la mañana no podía. Así que si vos querés, yo después te dejo su nombre.

**E:** Dale, si.

**MG:** Yo la carpeta la tengo en mi casa. Pero si vos querés, consultare. Ese caso... porque ese fue el caso de Joana, ese es el que vos decís?

**E:** Yo no tengo el nombre...

**MG:** Bueno, el caso J era. Era el caso de una chica, que era discapacitada, y que la mamá lo llama a Novaresio por radio... terrible ese caso. Y ella dice por primera vez... y ahí nos enteramos de que... la mujer estaba pidiendo el aborto para su hija pero por radio. Así que imaginare, se le fue todo el mundo encima. Pero bueno, ahí se empezó a tomar toda una actitud muy de acompañarla y sostenerla. Y después ¿que hizo la muni...? a pesar de que la cuidó y todo lo demás y la trato... pidió una autorización... y ahí nosotras vimos la necesidad de que saliera un protocolo. Había salido el de Ginéz Gonzales García también, un protocolo nacional. Pero nosotras, esta es la primer ordenanza. Fijate ahí donde esta, nosotros... bueno esto es lo que dice el artículo 86.

Nosotros pusimos los tres casos en el protocolo porque uno era para evitar un peligro... si hay un peligro para la vida de la madre, la vida o la salud de la madre. Si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido... vos sabes todo el lío que hubo con esos casos?

**E:** Si si, estoy al tanto.

**MG:** Eran dos casos para algunos juristas. En el protocolo sale que son tres. Entonces establece las formas de actuar en caso de violación, en caso de violación de una mujer....no digamos nada.

**E:** Si si, se entiende.

**MG:** Una mujer. O de una persona discapacitada. Y bueno, la otra. Son tres. Y cuando se estableció todo el procedimiento...Vos la tenés a la ordenanza?

**E:** Si, creo que sí.

**MG:** Fijate que es de avanzada, porque tenía la realización de un diagnóstico, la atención médica y psicológica y pre y post y la preservación de datos personales y familiares y también comprendía el artículo 1 del artículo 86. Es decir que se complementaba todo. Cuando sale el artículo de la corte en el 2012, que ya establece bien bien como se tenía que actuar en caso de violación, ahí lo incorporamos también bien específicamente...pero bueno, eso fue todo una... había un grupo de mujeres, especialmente esta que yo te digo Marité Llano, que hacía las estadísticas planteábamos pero muy fuerte, una presión constante sobre los decisores, sobre la salud, sobre las instituciones, sobre la municipalidad con lo cual logramos... resultados. MAR esta integrado,... estaba sobre todo en el momento en el que mas se actuaba, integrado por mujeres que pertenecían al INSGENAR, a CLADEM, al INDESO mujer, Mujeres de Negro por eso te digo, eran todas organizaciones. Y después mujeres que no estaban en ninguna organización y que participaban de MAR. Y nos reuníamos y actuábamos y... bueno, agitábamos. Y MAR llevó adelante la campaña nacional por el derecho al aborto en Rosario. Y sale en el 2005 a nivel nacional, y nosotros la empezamos a agitar acá en el mismo 2005 antes de que saliera la campaña la empezamos nosotras acá.

Y ahí realizamos una serie de actividades como encuestas con los políticos, trajimos todas las cuestiones de la campaña acá en Rosario, realizamos movilizaciones,

hicimos una serie de acciones durante todos estos años... yo también las tengo registradas, no te las traje porque tenía que traer la carpeta...

**E:** No te hagas problema Mabel, cualquier cosa te las pido...

**MG:** Pero en todo caso, si vos necesitás más datos, sobre todo las que son de actividades de lo que hizo MAR, que son siempre muy... por ejemplo salir con túnicas verdes por la peatonal... éramos 15 pero con túnicas verdes de papel... un papelón total...

**E:** Sin embargo, lograron la visibilización de la cuestión que era lo que estaban buscando y además lograron la instalación de la temática del aborto en la agenda pública.

**MG:** Exactamente. Logramos salir en la tapa de los diarios. Todo eso que era lo que nosotras queríamos, más con el tema del aborto. Y después le pusimos el cartel de "Yo aborte" a las estatuas que están en el monumento, a las de Lola Mora, salió en la primera página de La Capital y fue una imagen impresionante, porque a la estatua de la libertad le pusimos el cartel. Entonces era...

**E:** Claro, muy simbólico.

**MG:** Es decir, hubo muchas acciones que nos dieron una visibilidad muy grande.

**E:** En cuanto a la elaboración de las ordenanzas que previamente hablamos y en materia de derecho, ¿cómo fue el debate en torno a la despenalización?

**MG:** Muy muy muy fuerte. Tal es así que... siempre que se debate algo sobre el aborto, las posiciones son muy encontradas, no hay posibilidad de consenso. Y se ve en todos los ámbitos legislativos. Y acá en Rosario, nosotros teníamos la ventaja que teníamos dos o tres concejalas muy convencidas, muy fuertes como Mariana Alonso, como Marisa Pugliani que trabajaron mucho en la cuestión de sacar estas ordenanzas y de sacar incluso una resolución adhiriendo al proyecto nuestro de la campaña a nivel nacional. Una cosa increíble. Y era mayoría el socialismo, fue mayoría en todos esos años, y estas chicas eran socialistas. Entonces, aún si al interior del socialismo había diferencias, ellas lograban la adhesión de la mayoría de sus compañeros. Las peores discusiones fueron con Boasso por ejemplo. Estaba en contra de todo. Entonces las

discusiones fueron muy fuertes y siempre los mismos argumentos. Por un lado los derechos que tienen las personas, las mujeres solas a decidir sobre determinadas cuestiones, que no somos incubadoras, bueno, todo eso... especialmente basado en los derechos, el derecho a interrumpir el embarazo por cuestiones económicas porque sino sometes a las mujeres pobres a tomar decisiones que la llevan a la muerte en muchos casos. Porque las que mueren... es un problema de justicia social. Bueno todos esos argumentos se manejaban en el Concejo. Y por el otro lado, siempre lo mismo, que el feto es persona desde el momento de la concepción y que es un asesinato, entonces nos mandaban estudiantes... nosotras íbamos al Concejo en la barra siempre a apoyar a la gente que estaba a favor y la Iglesia mandaba a sus alumnas de colegio religioso a la puerta para decirnos que éramos asesinas. Entonces, se daban enfrentamientos terribles. Pero bueno, en esa etapa se logro bastante.

**E:** Después yo te quería consultar por la campaña por el derecho al aborto, que bueno, es esto, digamos, la visibilización que ustedes han logrado...

**MG:** Si, pero de la campaña a nivel nacional vos conoces algo?

**E:** Muy poco.

**MG:** ¿Te cuento?

**E:** Si, como no.

**MG:** La campaña a nivel nacional, la primera vez que sale a la calle... ¿viste que tiene un pañuelo verde de diseño?

**E:** Si...

**MG:** La primera vez que se empieza a pensar en una campaña nacional fue en el Encuentro Nacional de Rosario en el 2003, que hubo 10.000 mujeres en la calle y ahí se repartieron pañuelos verdes... todavía no había campaña. En el 2004... Este año se hace el Encuentro de Mujeres...

**E:** Si, acá en Rosario.

**MG:** En el 2004 se hizo el encuentro en Mendoza, el Encuentro Nacional y ahí hubo unos talleres que por primera vez se hicieron en Rosario y por segunda vez en Mendoza que se llamaban “estrategias para el acceso al aborto legal seguro y gratuito”. En esos talleres de estrategias logramos acordar una campaña hacer una campaña a nivel nacional que diera visibilidad al tema y que se empezara a quebrar el tabú. Y se acordó en el plenario llevarlo adelante, llevar adelante esa campaña. Entonces, esto fue en el 2004. En el 2005 nos reunimos en Córdoba en Mayo 70 organizaciones de mujeres, invitadas por Católicas por el Derecho a Decidir, que es una organización que esta en Córdoba y están a nivel Latinoamericano y ahí se decidió largar la campaña, el eslogan de la campaña, el lema, que es interesante porque es abarcativo, es “anticonceptivos para no abortar...” no, perdón “educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir”. El pañuelo... y se decide sacarla del 28 de mayo día de la salud de mujeres hasta el 25 de Noviembre. Y termina ese año... se hizo la campaña, se largan todas estas actividades, se larga una campaña de firmas de la gente... y la gente tenía mucha reticencia a firmar apoyando la presentación de un proyecto. A nosotros nos costó mucho... nosotros estábamos en la peatonal, en la calle San Luis en el centro, entonces nos teníamos que bancar las mejores y las peores cosas. Desde gente que venía y nos preguntaba hasta gente que nos insultaba. Esto fue período 2005. A fin del 2005 presentamos un primer un primer... el toco de firmas que habíamos juntado en todos lados, en una gran marcha que hicimos en Buenos Aires que llegó hasta el Congreso y se presentó... y le dimos esas firmas a los diputados. Y en ese tiempo estaba Silvia Augsburger que es una Diputada Socialista que es de acá que ahora es una Diputada Provincial y que esta en la campaña. Le entregamos ese proyecto, y ella lo presento, lo presentaron pero no paso nada. Y a partir de ahí cada dos años presentamos el proyecto porque pierden estado parlamentario.

**E:** Claro, si...

**MG:** Si en dos años no se discute hay que volverlo a presentar. Ahora vamos a presentarlo por séptima vez, en Marzo de este año. Y lo reformamos...

**E:** Claro, lo van actualizando...

**MG:** Pasan los años y este año... es muy difícil con este contexto político, peor.

**E:** Si... y con un Papa argentino también...

**MG:** Cuando subió este papa casi nos morimos. Así que bueno, esto se activó... tiene como 15 o 16 ciudades que adhieren a la campaña, ahora tenemos una plenaria en Paraná en Marzo para aprobar el proyecto. Y bueno, adhirieron 250 organizaciones sindicales, culturales, universidades a la campaña, adhirieron al proyecto. Se han hecho encuestas, y realmente en las últimas encuestas hubo... desde que se formó la campaña hasta el año pasado un aumento del 100% o más de gente que adhiere a que se debata en el Congreso y que quiere que se apruebe. Después hay un núcleo duro de un 15% que nunca va a aceptar. Pero que nosotros aspiramos a que la gran mayoría por lo menos impulse el debate. Hasta el momento no logramos que se debata. Los 12 años de kirchnerismo no nos sirvieron, a pesar de que se avanzó en un montón de cosas, en esto no. Y ahora con Macri no tenemos mucha expectativa. Pero creo que se avanzó mucho en conciencia, en hablar del tema. Lo de aborto no punible... también digamos, todas las campañas de aborto no punible porque antes desde el 1921 tenemos aborto no punible. El código penal legisló sobre esto en el 1921. Van a hacer 100 años. Nunca se aplicó. Esto fue desempolvado, fue puesto en cuestión. Entonces todos estos años gracias a las campañas empezaron las consejerías...todo esto fue el impulso de la campaña. Fue una base todo esto. Yo creo que se ha avanzado un montón culturalmente, un montón. Y el Latinbarómetro creo que el año pasado hizo una última encuesta y realmente 75%... un 80% que están a favor de que se legisle. Ahora hay una diferencia entre que se legisle con los casos de aborto no punible que ya están... pero bueno, que se legisle. Cuando llegamos a que se haga por voluntad de la mujer, se baja a un 50%...

**E:** Justamente. Esta situación está registrada también en un artículo que CEDES Rosario realizó, que me facilitó Daniel Teppaz, en donde se planteaba que la opinión de los trabajadores de la salud de los hospitales con respecto al aborto se reducía cuando se trataba de una decisión de la mujer.

**MG:** Claro, porque cuando es la salud, cuando la mamá, no la mujer, la mamá tiene peligro de vida, entonces bueno.... o hay violación. Ahora, si la mujer que piensa y que decide no tenerlo por lo que sea, puede ser porque le fallo el anticonceptivo, no esta en condiciones psíquicas, lo que sea, decide, esa decisión de la mujer no es aceptada por la mayoría. Esa es la mas difícil de...

**E:** Claro de revertir...

**MG:** Pero tenemos, la mayoría de los países del mundo tienen aborto legal, entonces cuando dicen tanto... somos países atrasados en ese aspecto. Entonces admiran a Francia que tiene el aborto del '77 no, del '75. Admiran a Estados Unidos locamente... los mismos que están en contra acá... admiran a todos los países que tienen aborto legal y desprecian a aquellos países que tienen aborto prohibido.

**E:** Con respecto al primer caso de aborto no punible, ¿vos recordas la manera en cómo se trató? ¿La manera en cómo actuó MAR?

**MG:** Yo lo tengo todo, vos sabes que tengo un cuadernillo donde está todo bien detallado. Porque después de todo ese caso se hizo una capacitación en la Municipalidad, hubo un panel y yo ahí hablé sobre esos casos.

**E:** Si, lo tengo, está digitalizado.

**MG:** Se llamaba “Derechos sexuales y reproductivos”.

**E:** Si, lo tengo, que también estaba Daniel...

**MG:** Estaba Daniel, estaba Matilde Bruera conmigo. Yo lo volví a leer ahora en estos días para acordarme de algo y está contado el caso. Todo lo que hizo MAR está contado ahí. Yo cuento eso y cuanto lo que dijo la Corte de Mendoza y la corte de... no me lo dieron a leer...

**E:** Bueno, lo voy a releer...

**MG:** Pero no me lo dieron a leer antes de imprimir, hay... digo... y hablo así para colmo... y es horrible, pero no importa, está contado el caso.

**E:** Con respecto a los protocolos... te quería consultar cuales a tu juicio te parecen que son las falencias y puntos a favor, o que cuestiones a mejorar...

**MG:** Yo creo que el último protocolo que salió es el mejor a nivel nacional. El protocolo aprobado a nivel nacional que tiene resolución ministerial. ¿Vos lo tenés al texto?

**E:** Creería que sí, tengo que verificar... se que se van actualizando...

**MG:** Ese es excelente, porque habla de derechos. Habla del derecho, habla del derecho a la interrupción legal del embarazo, esta todo el procedimiento pero además con un lenguaje absolutamente distinto a lo que eran los protocolos anteriores. Eso es lo que quieren reformar. Ese esta hecho a nivel nacional... lo tenés que buscar en el Ministerio... ahora lo deben haber sacado... porque ese salió y después las provincias tenían que adherir. Nosotros adherimos...a ver si no esta acá... no, no lo traje...

**E:** No, pero yo lo tengo que tener...

**MG:** Es el protocolo de IVE, es el de Interrupción Voluntaria del Embarazo no me acuerdo bien exactamente como dice. Pero es lo más avanzado que tenemos en protocolo. Es excelente. Ese lo tenés que leer, porque yo ahí estoy de acuerdo con todo lo que dice, ese protocolo. Están todas las técnicas, las nuevas técnicas, es decir, el trato, tienen mucho en consideración como se debe tratar a una persona que esta en esa circunstancia, la atención psicológica, todo, y ese me parece que es lo más avanzado. Nosotros acá de cualquier forma lo que tenemos es bastante bueno. Y Rosario te digo, casi que es pionera.

**E:** Según tu opinión, ¿existen diferencias entre el Hospital Roque Saenz Peña y otros hospitales de la ciudad de Rosario?

**MG:** Y en el Centenario hubo dos muertes... ¿cuando fue? Que también tuvimos que movilizarnos hace unos años. Un Enero... hubo dos muertes. Que no las atendieron y se murieron porque no las atendieron debidamente. Fueron con abortos ya hechos. Entonces todo ese tipo de cosas... no el Centenario es un desastre. Y el Provincial están haciendo cosas ahora. Pero...

**E:** También había leído hace poco que son bastante reticentes en el Provincial...

**MG:** Si, son bastante reticentes pero las chicas de Patria Grande estuvieron agitando mucho en un ultimo caso que hubo que no recuerdo mucho...

**E:** Si, el de una chica discapacitada que fue y que le dieron vueltas para atenderla...

**MG:** Ese caso...

**E:** Intentan visibilizarlo...

**MG:** Y lo llevaron a la justicia...

**E:** Claro, hacen el acompañamiento porque se habían contactado con Socorristas en Red...

**MG:** Claro, y hacen la presentación en la Fiscalía y parece que no paso nada todavía, pero la están agitando. Pero dicen que eso tuvo un efecto bastante fuerte adentro del hospital porque se vieron expuestos. Entonces, esa es la función que tenemos las organizaciones, presionar para que se vean... y bueno ahí algo cambia, muy lentamente, y todavía depende mucho de las personas que están a cargo.

**E:** Claro, de la voluntad que hay al interior. Con respecto a la temática del aborto, cuales te parecen que pueden ser los desafíos para mejorar en un futuro.

**MG:** Es infinito, son infinitos los desafíos. Porque, el primer desafío es lograr que se cumpla lo que ya tenemos que es el aborto no punible. Cuando digo que se cumpla, no en Rosario, en todo el país. Porque yo te digo, Rosario es de avanzada en esto, en Buenos Aires han vuelto atrás a un protocolo de atención que lo habían derogado, un juez había ordenado... es de Lemus el que ahora es Ministro y antes era de la ciudad. ¿Te acordás cuando no le querían dar el aborto... no le querían hacer el aborto a una chica que estaba internada e intervino... y la fueron a tratar de convencer que lo tuviera? Y las chicas de Buenos Aires empezaron a presionar y presentaron un recurso de amparo y la jueza le dio la razón y le hizo hacer el aborto. Y ahora el Ministro, el mismo que se oponía en aquel caso, ahora es Ministro y quiere cambiar el aborto en la ciudad... sumamente restrictivo. Entonces, te quiero decir, primero eso, segundo que se cumpla la educación sexual integral en las escuelas...

**E:** Claro, porque eso ya esta legislado...

**MG:** Claro, eso esta. Por eso te digo, cumplir con lo que esta. Necesitamos el aborto legal ¿porque? porque eso le da un paraguas a todo lo demás. Sino siempre estamos en las prácticas clandestinas.

**E:** Exacto.

**MG:** Y después, una vez que tengamos la ley, que se cumpla, porque nosotros estamos llenos de leyes hermosas pero después no se cumplen. Entonces los

desafíos son muchísimos. Es una lucha... mira... la lucha del divorcio vincular duró desde principios del Siglo XX hasta el '85 donde salió la ley del divorcio...

**E:** Si, esa también fue otra lucha cargada de prejuicios además...

**MG:** Mira, fueron 90 años. Yo digo, bueno, nosotros llevamos con lo del aborto una lucha así consecuente y visible, desde que empezaron los Encuentros, en el 89 fue el primer encuentro en Rosario, 90 ponele... unos 30 años... para vos es incalculable (risas)... Y la campaña lleva 10 años. Estos cambios no se logran ni en 10 ni en 20 ni en 30, por eso es importante la participación y la forma. Porque trasciende la vida de las personas. O sea que hay un desafío enorme. Sobre todo estas cuestiones del aborto no punible, extenderlas y que realmente se cumplan en todo el país es... porque incluso vos podés a partir del aborto no punible... lo que pone en riesgo... si vos consideras que la salud es un concepto integral vos podés a través de la causal salud llegar a eso, pero bueno, eso no pasa. Eso también es abrir la cabeza respecto a lo que es la salud en las mujeres.

**E:** Claro Mabel. Bueno, eso es todo.

**MG:** Yo no te doy detalles concretos de fechas y nombres y demás, pero tengo en mi casa la carpeta esa impresionante. Si hubiese estado Marité que es una computadora te dice todos los nombres y fechas. Te paso mi celu...

**E:** Dale, genial, muchísimas gracias Mabel. Fuiste muy amable y me encantó poder tener una voz tan respetada, con mucha fuerza y experiencia como la tuya. Te agradezco.

**MG:** De nada.

## **Entrevista Susana Arminchiardi. Ex Jefa de Trabajo Social del Hospital**

**Roque Sáenz Peña. Fecha: 29/02/2016**

**E:** Hola Susana, muchas gracias por recibirme.

**SA:** De nada, contame como es el tema, porque Daniel me había dicho algo, pero no me acuerdo bien...

**E:** La idea es trabajar el caso particular de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva que funciona en el Roque Sáenz Peña. A Daniel lo contacté para que me de un pantallazo general y él me recomendó hablar con vos. Lo que estuve averiguando es que no hay mucho material sistematizado acerca de la Consejería del Hospital Roque Sáenz Peña que es muy específico, sí hay tesis de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario pero sobre Salud Sexual y Reproductiva de una manera mas general...

**SA:** Claro, no, no hay mucho de la Consejería. Más que nada, las tesinas que hay son sobre los espacios que teníamos, teníamos un espacio para adolescentes. Pero bueno, me parece que la Consejería en si...porque hubo como... hubo una política que a lo mejor Daniel te lo comentó de la Secretaría de instalar consejerías en salud sexual y reproductiva en distintos hospitales que eran con... los referentes eran estudiantes de distintas carreras. Nosotros por ejemplo en Roque eran estudiantes de medicina y bueno, trabajábamos en forma articulada. Y fue para nosotros un espacio modalidad interesante. Pero nosotros empezamos con la modalidad de consejería que lo hacíamos en la sala, mira yo hoy me acordaba, en el 2003.

**E:** La hipótesis que estoy intentando corroborar es el rol de vanguardia que tiene el Hospital Roque Sáenz Peña en lo que respecta a la Salud Sexual y Reproductiva, digamos, la idea de que se van sistematizando ciertas prácticas desde antes de la existencia de leyes que la regulen.

**SA:** Si por que nosotros decíamos, bueno, viste que la modalidad de consejería es la consejería como espacio tipo consultorio o la consejería en distintos lugares. Nosotros que queríamos hacerlo pero no lográbamos darle una vuelta, buscábamos bibliografía y queríamos ver... como que no podíamos concretarlo, pero si hacíamos la consejería en la sala de maternidad, y en las distintas salas de toco ginecología porque también hacíamos conserjerías con las mujeres que se internaban o porque se habían hecho

un aborto o habían perdido el embarazo. Y bueno, ahí hicimos un trabajo de investigación me acuerdo que eran 203 mujeres de las cuales... siempre... esos trabajos los hacía con las alumnas de Trabajo Social. Eso... siempre decíamos de esas 203 ¿cuántas mujeres volvieron? Pero al Roque, pero bueno, no es que decíamos, bueno a ver en qué efector...

**E:** Claro, un sondeo...

**SA:** De esas volvieron 3 mujeres. Una que era una chica que había tenido un aborto espontáneo, que habíamos trabajado con ella la importancia de que cuidara su salud. Habían pasado los 6 meses y había dejado de utilizar los métodos anticonceptivos y volvió embarazada. Otra mujer que había también tenido un aborto, que le habíamos dado un turno programado para que se venga a colocar el DIU. Y bueno tuvo una serie de paros, tuvimos, perdió el turno, bueno... tuvo un problema familiar y demás, y bueno, quedo embarazada. Y otra mujer que era de Villa Gobernador Gálvez, porque el Roque tiene mucha población de Villa Gobernador Gálvez que bueno, cuando pudimos hacer la entrevista, la mujer lloraba un montón, porque es como que en ese momento se había podido dar cuenta... el marido era camionero y él no quería que ella utilice métodos anticonceptivos, entonces por ahí se cuidaban con fechas y demás, pero bueno, te imaginas. Pero bueno ahí ella es como que comprendió que ella se tenía que cuidar y que ella podía decidir. Era una mujer que lloraba... pero bueno de 203, 3 nada mas... la verdad que era... a lo mejor después otras, que se yo se mudaron o se fueron a otro lugar, eso no lo sabemos. Pero bueno, siempre era como que eso... y la sala nos daba mucha fortalezas el hecho de trabajar, no solamente la posibilidad de la identidad del recién nacido, la posibilidad de los métodos anticonceptivos, la que quería DIU se iba con un turno programado, pero también hablábamos de otras cuestiones, de los derechos que ellas tenían, sobre todo de los derechos sexuales y reproductivos.

**E:** Perdóname, ¿la investigación que me comentas es también del 2003?

**SA:** Si, eso es del 2003. Y bueno, después hace, no se exactamente, pero creo que hará 3 años, este me parece que es el..., que bueno, que pudimos concretar. Pero es una decisión, por supuesto con autorización de los directivos, pero es una decisión de un grupo de gente.

**E:** Claro, eso es lo que me decía Daniel. Que muchas de las cuestiones que se han logrado dentro del Hospital, es pura y exclusivamente por la voluntad de los mismos trabajadores al interior.

**SA:** Si si si, porque bueno, somos un grupo que siempre nos intereso la promoción de los derechos, desde parto respetado, la posibilidad del acompañamiento, de los buenos tratos...entonces toda esa cuestión va acompañado...y pensamos bueno, nosotros empezamos en el 2010 empezamos a trabajar con el CEDES que es un centro de capacitación y estudios y bueno, trabajamos dos hospitales nosotros y el Baigorria y bueno hicimos capacitaciones, ellos hicieron entrevistas a distintos profesionales y después hicieron capacitaciones. Después también, algo que nos fortaleció mucho fue... presentamos, también desde el 2010, trabajos en la facultad sobre extensión...

**E:** Extensión universitaria.

**SA:** Si, extensión universitaria, y siempre con la promoción de los derechos, donde trabajamos con comunicación, trabajamos con medicina, con abogacía, también bueno, hicimos capacitaciones. Invitábamos a los centros de salud. Todo siempre es como promover yo decía. Ahora vamos a empezar otro trabajo de investigación, y yo digo hay pensar que esto va de nuevo a decir que tenemos que capacitarnos! Viste, porque bueno, es como una rueda. Hay mucho cambio de personal también, y bueno, es algo que cuesta, que cuesta... Y bueno, lo de interrupción tuvo un costo bastante alto... bueno y a raíz de estas investigaciones que nosotros empezamos a trabajar con el causal salud. O sea como que la interrupción cuando se solicita siempre y cuando afecte una cuestión física, psíquica o social...

**E:** Bien, o sea que es bastante amplio...

**SA:** Si, amplio, amplio. Y bueno, no queríamos tampoco que fuera una estima. Porque bueno, hay una Consejería de HIV también...

**E:** ¿Ahí en el Roque también?

**SA:** Si.

**E:** ¿Esta separada esta Consejería?

**SA:** Si, porque eso lo hace el programa de PromuSida...que ahora no tiene mucho asentamiento viste? Pero bueno, después con un cambio político sacaron las Consejerías que habían instalado en los hospitales...

**E:** ¿Cuándo esto?

**SA:** La verdad que no... mira... una referente que puede saberlo es la doctora Serrano porque ella siempre fue una referente de las Consejerías.

**E:** Ah bueno, genial....

**SA:** O sino también le podríamos preguntar, porque quedó esta alumna de medicina, ella va al hospital, ella bueno es medica, pero bueno ella va así... no tiene horarios, no tiene días, entonces ella trabaja va y trabaja en una residencia para las madres. Nosotras siempre decíamos, no de control, pero si como para saber... porque que ella trabaje sola, no tiene sentido. Nosotras estamos convencidas que todo lo que tiene que ver con salud, salud sexual y reproductiva es un trabajo de equipo, es un trabajo con los otros. Entonces si vos trabajas sola es una cosa como muy acotada viste? Y bueno, yo creo que hace 3 años que estamos, primero no sabíamos como ponernos de nombre, como podíamos identificarnos, bueno, nos costó un montón conseguir un espacio...

**E:** Eso era algo que te quería preguntar, ¿qué espacio disponen?

**SA:** Ahora es nefasto el espacio. Nosotras teníamos un espacio en el servicio de ginecología. Nosotras lo que decimos es que bueno, es un espacio que tiene que tener privacidad, de fácil acceso, que las mujeres no se puedan sentir incomodas... digo mujeres porque en general son mujeres las que van. Y bueno, nosotras decíamos de salud sexual y reproductiva, e identificamos en un afiche y en unos folletos que habíamos hecho los distintos temas que se podía abordar, la anticoncepción de emergencia, los métodos anticonceptivos, los talleres de preparación para el parto, la interrupción, las infecciones de transmisión sexual, o sea enumerábamos. En general la demanda se focaliza en interrupción legal. Teníamos algunas otras excepciones que han venido. Pero después por cambios políticos, estamos en un lugar horrible que es pediatría...

**E:** Ah...

**SA:** Ahora se va a hacer un cambio... bueno intentamos ver... porque bueno, el equipo no es que hace nada mas que Consejería, habíamos armado dos equipos. Un equipo que trabajaba los martes por la mañana y otro equipo que trabajaba los jueves por la tarde.

**E:** Eso esta en la pagina también...

**SA:** El personal de enfermería tuvo problemas. Sacaron a la enfermera que era muy responsable y que con nosotros trabajaba muy bien. Iba a poner... pero la persona que vino nunca se pudo integrar, tuvo dificultades. Así que quedamos acotados con... Nosotros trabajamos y esta identificado ese horario, pero después a las personas que vienen las citamos en otros horarios,... porque si tienen que traer un ecografía, si tienen que charlarlo con la pareja, si tienen que... o sea...

**E:** Claro, es flexible digamos...

**SA:** Para que no espere hasta la próxima semana. Tenemos otros espacios que trabajamos en Trabajo Social o Ginecología con esas mujeres ya con turnos programados. Pero es a libre demanda a partir de las 8:30 de la mañana. El último año... porque yo me jubilé ahora pero sigo en contacto... porque voy a hacer unos trabajos investigación. El ultimo año lo que habíamos hecho es que también tratábamos de que pasaran todas las que estaban y hablamos quienes éramos... sino con cada una en un principio estaba una psicóloga, una ginecóloga y yo, una trabajadora social. Yo tengo otra compañera que a veces nos turnamos, ella era la referente de los Jueves a la tarde. Ahora se incorporo una médica clínica. Y bueno, cuando están de vacaciones ha venido otra ginecóloga. Pero bueno, nos cuesta también mucho que el resto de los compañeros quieran sumarse a ese espacio... y bueno nosotras trabajamos lo de la interrupción concretamente hasta las 12 semanas, lo que ofrecemos es con medicamentos.

Si es alguien que no esta sola, que comprende toda la situación y demás, hasta las 14. Y después de las 14 vamos para la internación, porque pensamos que para nosotros es mucho riesgo. Hubo situaciones especiales, que yo digo siempre son como situaciones como muy personalizadas. Por ejemplo, una mujer que vivía sola, en un barrio con mucha violencia que era muy difícil si empezaba con una interrupción....

**E:** Poder trasladarse...

**SA:** Claro, poder salir sola a la madrugada.... tenia un nene de 9 años y un bebe de meses. Nosotras decíamos “esta mujer no puede”. Y con cuestiones subjetivas también muy importantes. Entonces, darle la medicación para que iniciara el tratamiento nos parecía como muy complejo. Entonces hablamos con la gente de internación, que eso también nos llevo mucho tiempo, porque bueno, si bien hay un grupo de médicos que están conscientizados, otros no, hay algunos que han llegado al punto del maltrato, también hicimos todo un cambio para poder trabajar con el personal de enfermería, porque el personal de enfermería después se declaro todo objetor...

**E:** ¿Todo? ¿Integro?

**SA:** Después dijeron que no. Entonces bueno, lo que negociamos es hablar con el departamento de enfermería y con la jefa del servicio para internar una situación, le avisamos, a ver cuando aparece, para que ella también cambie horarios y demás y que esa mujer se pueda sentir bien con el servicio. O sea es toda una negociación.

**E:** Claro...

**SA:** Entonces bueno, si son mas de 14 semanas trabajamos con nuestros compañeros de la internación, el director de la maternidad, el jefe de cirugía, la jefa de la sala y la supervisora de enfermería... como para ver cual es el día mas adecuado, también teniendo en cuenta por ejemplo que se yo... hace poco había venido una chica, que había venido con su hijito de Venado Tuerto entonces decíamos, mira esto puede ser un día, dos días, tres días, nosotros no podemos...entonces bueno ...trabajemos juntas a ver como es lo mejor. Entonces bueno, ella dijo no, bueno, lo que yo necesitaría es volverme a Venado Tuerto, dejar a mi hijo que allá tengo quien me lo cuide y me vengo. Entonces, bueno, todas esas cuestiones que llevan un ida y vuelta digo yo. Y bueno, y eso lo fuimos superando, yo creo que tendríamos que trabajar un montón de otras cosas, bueno hacemos firmar el consentimiento, escribimos una historia clínica... Nosotros estamos participando de Redaas que es una plataforma que trabaja todo lo de interrupción de embarazo y bueno, estamos registrando los casos.

**E:** Eso esta bueno...

**SA:** Estamos trabajando en investigación. El año pasado se hizo una jornada y el efector de todo el país que participa que mas casos pudo presentar fue la Consejería del Roque Sáenz Peña, donde bueno, cada uno de estos datos es bueno, los años, la ocupación, cual fue el causal, que eso también, nosotros trabajamos mucho y el causal salud... en el causal salud el causal social tiene muchísimo peso para nosotros. A las investigadoras también les llamo la atención. Y bueno, ahora quisimos como extenderlo... nosotros armamos un espacio que lo llamamos colegiados que también es de salud sexual y reproductiva y es donde nos encontramos referentes de centros de salud, gestores de las coordinaciones del ámbito publico, del ámbito municipal y también participan Socorristas y otras organizaciones que trabajan la interrupción como Nuevo Encuentro y bueno, la verdad que fue un proceso muy interesante, hace mas o menos un año y medio. Nos reunimos cada mes y medio más o menos. Tuvimos muchísimo apoyo de bueno, de los compañeros que están integrando los centros, los equipos de salud, nosotros trabajamos exclusivamente con el sur y sudeste que son los de mayor influencia. También trabajamos con el Provincial y la Martín, y bueno por supuesto Villa Gobernador Gálvez. A raíz de eso participó la gente de Gálvez, nos empezamos a encontrar. Ellos querían instalar consejerías y nosotros bueno, les sugerimos que en vez de instalar muchas consejerías, que empiecen por aquel equipo que parecía mas amigable como para instalarlo. Así que bueno, se lanzaron, nos invitaron, fuimos varias veces a un centro de salud. Y esta funcionando una consejería en un centro de salud ahí en Villa Gobernador Gálvez y después trabajamos también como para apoyar a la consejería del Centenario...

**E:** ¿Que ésta es más nueva?

**SA:** Si, se formo el año pasado. Así que bueno, ellos vinieron, nosotros fuimos. Y empezamos a gestar encontrarnos, y ahora el Viernes este nos encontramos las consejerías de los hospitales Baigorria, Provincial, Centenario y Roque... y va la gente de Villa Gobernador Gálvez...

**E:** Que buena iniciativa...

**SA:** Si, y bueno, y eso la idea ahora es... por ejemplo, ahora poder hacer...invitamos a autoridades de la provincia y de la muni para el Viernes y que podamos hacer un diagnostico de situación... porque estamos como en una meseta y también hacer un intercambio del modo de abordar en cada uno de los espacios, porque es como que cada uno fue armando su espacio. Nosotras trabajamos juntas, en algunos lugares

trabajan separados, hacen entrevistas por separado, después se vuelven a juntar. Nosotros lo que tenemos es un día donde trabajamos y después también repartimos actividades porque la que no vino, la llamamos por teléfono, a lo mejor no pudo venir ese día, viene en otro momento... a ver cuando la podemos volver a atender...

**E:** Tratan de no perder el contacto digamos...

**SA:** Si, y bueno, una de las cosas que nos preocupan es que muchas veces cuando pueden hacer la interrupción, después no vuelven para la ecografía... Nosotras trabajamos la importancia de acompañarlas en todo el proceso. Porque a veces tienen la pérdida y después no vienen más...y bueno lo que nos paso es que alguien tuvo una pérdida y no fue total y resulta que apareció después con un embarazo súper grande. Porque bueno, a veces puede tener una pérdida pero no es total. Si vos tenés la posibilidad de hacerte una ecografía y ahí confirmas... y bueno trabajamos eso. Pero bueno, eso es algo que yo lo pregunté en las reuniones que hacemos de Redaas cuando nos encontramos de todo el país, y es algo que pasa bastante a menudo, como tienen esa dificultad, que quieren interrumpir e interrumpieron y es como que bueno no quieren volver a vernos. Yo soy una fanática del espacio de la consejería, porque creo que es un espacio abierto, amigable, que en el encuentro se construye un vínculo, que nadie dice vos tenés que hacer esto, que hay un compromiso de las dos partes, que todos aprendemos en ese espacio, que tiene privacidad, pero la persona puede entrar con la persona que quiera, acompañada...

**E:** Yo te quería consultar un par de cosas relacionado con esto. Hay alguna sistematización de datos de las mujeres que se acercan. ¿O cuántas mujeres se acercan de manera mensual?

**SA:** No, eso lo tiene la gente de Redaas, porque nosotros lo cargamos en Redaas, pero tenemos un promedio más o menos de 8 personas que concurren los Martes a la consejería, ese es el grupo aproximado...

**E:** En lo que respecta a la procedencia de esas mujeres, de clases, qué rango de edades...

**SA:** Hay con obra social y sin obra social. Una de las dificultades más importantes...nosotros tratamos de trabajar con el sur y el sudoeste porque lo que pasa es que la mujer no tiene que venir una sola vez al hospital, tiene que venir en

reiteradas oportunidades. Y si la mujer nos dice, como una vez una mujer de Villa Manuelita nos dijo: “no quiero ir al centro de salud” porque ella había venido con su pareja, “no queremos que la mamá de él se entere, ella vive al lado del centro, es amiga de todo el equipo” entonces bueno, nosotros eso lo respetamos. Pero por ejemplo, llegó una adolescente de Pujato, entonces nosotros decimos, no tienen auto como hacen para venir...

**E:** Se consideran todos los factores...

**SA:** Además es como que no puede ser que todos... ahí también nos demanda un trabajo que nos lleva muchísimo tiempo que es hablar con los coordinadores de zona, ver adonde nos referenciamos, después ver que turnos le van a dar, quien la va atender para nosotros decirle a la persona donde tiene que ir. Y bueno, una de las dificultades que nos quedan ahí y que no las podemos resolver es la gente que viene de Ramallo, de Pergamino, y ahí no... tenemos el referente del programa provincial, pero hasta que lo ubiquemos... y demás no tenemos un contacto, acá es como que en Santa Fe, depende también de la situación, suponete si es algo que no apremia y que tenemos tiempo pero si es alguien que esta totalmente desbordado, que esta de 11 semanas entonces, bueno se trata de trabajarlo desde el hospital. No queremos tener la exclusividad. Ahora estamos trabajando muy bien con el Centenario, y bueno, y esto en el encuentro también socializamos y vamos aprendiendo cosas que ellos por ejemplo cuando tenían dificultades... cuando tienen varios tratamientos, las citaban y hacían los tratamientos ahí y a nosotros nos pareció bárbaro eso, porque sino es como que van y vienen con la medicación, van y vienen...

**E:** Claro, se dilata más...

**SA:** Entonces, bueno, siempre se aprende. En el Baigorria a veces hacen las entrevistas por separado...

**E:** ¿Por separado entre quienes y quienes?

**SA:** Y suponete alguien de salud mental, alguien de trabajo social, alguien de medicina...

**E:** ¿Ustedes en el Roque lo hacen todos juntos?

**SA:** Si lo que queremos tener es como una ficha única. Todas firmamos consentimiento, todos escriben la historia clínica. Pero a veces para este trabajo de investigación nos resulta un poco difícil poder identificar en la historia clínica todos los datos. Entonces si nosotros armamos una ficha y esa ficha la ponemos en la historia clínica, después tomamos esa ficha de la historia clínica y cargamos... entonces, bueno, ahí estamos dándole la vuelta...

**E:** Van aprendiendo una de la otra...

**SA:** Si, si. En la consejería nunca nada esta agotado.

**E:** Las mujeres que se acercan a la consejería ¿suelen ir solas o acompañadas?

**SA:** Algunas solas y otras acompañadas, depende... algunas vienen con la pareja... algunas tienen obra social... algunas... hay profesionales que las derivan, otras porque les comentó alguien, a veces van a la guardia de toco ginecología, y el profesional que las atiende ya les pide el análisis, les pide la ecografía y les dicen que vengán a la consejería directamente... que bueno, eso también nos llevó, porque cuando empezamos con la consejería, es como que... en muchos lugares dicen "no, anda a la consejería" no, a ver...

**E:** Claro, también se hacen cargo de...

**SA:** De poder trabajarlo con el equipo de salud, del centro... a ver como... si hemos trabajado con algunos equipos que tenían dificultades, que no tenían cosas claras. Han venido equipos, nosotros hemos ido al centro de salud para trabajar con en el equipo, a ver cuales son las dificultades. Pero no es que la mujer tiene que ir si o si al Roque, tenemos que sacar esa idea...

**E:** Claro, hay que sacar esa concepción... ¿y como es el rol del hombre en ese acompañar?

**SA:** No, el hombre participa. Acompaña. Los que vienen acompañan. Y cuando le preguntamos, aunque no sea determinante, están dispuestos a acompañarlas. No, bien. Son pocas las que vienen con las parejas.

**E:** ¿Dentro del Roque que estrategias de difusión y de visibilización de la Consejería han podido utilizar y que ha servido?

**SA:** Mira, lo que hicimos fue hacer una presentación de la Consejería en los espacios donde hay seminarios, en las reuniones de gestión que se reúnen todos los jefes y que estábamos acompañadas por la dirección. Esas fueron las estrategias que utilizamos. Después cuando teníamos dificultades íbamos y hablábamos con los profesionales. Por ejemplo “ah no, vos por esto, tenés que venir si querés interrumpir vení el martes a las 8,30 que te van a atender en tal lugar”, entonces bueno como era el profesional, el profesional que estaba de guardia, íbamos y hablábamos, porque eso no es tipo paquete. Hemos presentado resultados, y bueno, fue así como jefes de guardia que ahora están en el Centenario, se interiorizaron y tomaron la punta en el Centenario. Y en el Centro de Salud hay otra gente de guardia del Roque que esta coordinando los centros de salud en Gálvez y esta llevando adelante...

**E:** Se van tejiendo redes.

**SA:** Eso se fue tejiendo, ahora estamos pensando que es un proyecto de extensión, un afiche para ponerlo en distintos lugares, por ejemplo en la guardia de adultos, en la guardia pediátrica esta cuestión de si vos sabes que tenés derecho, si no esta dentro de tu proyecto y un embarazo te afecta a tu salud física, psíquica o social, podes interrumpirlo. No ponemos “vení a la consejería”, ponemos “acercate a tu Centro de Salud más cercano”. Pero también, lo que yo te digo es que bueno...algunas mujeres pueden llegar pero hay un montón que no llegan. El misoprostol está... circula. Nosotros no vemos mujeres que llegan con infecciones, como venían antes, que se habían puesto perejil, se habían perforado el útero, eso no. Pero bueno hay algunas que deambulan mucho, y tienen derecho a ir cerca y que se lo puedan facilitar. Nosotros tenemos la posibilidad en la provincia de Santa Fe que disponemos de la medicación, nosotros en el Roque nunca nos faltó. Tenemos una farmacéutica que es re comprometida. Hay un montón de eslabones que se van sumando para que eso funcione. Y que a veces no es... negociamos algunas cosas. Y si, por ejemplo cuando empezamos la farmacéutica nos dijo “yo no quiero que vengan las mujeres a buscar la medicación”, porque como ella tiene muchos residentes, concurrentes y demás, las personas que están en el mostrador, no conocen a todo el personal del hospital, entonces le ha pasado con otra medicación que venían de los centro de salud y se los daban porque decían “Dra. Fulana de tal”. Entonces ella nos dijo que alguien del equipo tenía que ir a buscarlo, claro, pero a veces... una vez yo fui como cuatro veces.

Entonces le decía "Carina por favor" le digo yo. "Negociemos. Vos sabes que nosotros somos responsables. Yo me comprometo. Vos me das tres tratamientos y yo si no los doy en el día, te los devuelvo o te traigo el otro Martes los tres. No me vas a volver a ver hasta que no te de las recetas". Primero me dijo "No! No! No!" y fui al rato a buscar otra cosa y me dijo "bueno, si negociemos".

Bueno, que se yo, les damos desde el bisturí o la aguja para que rompan el misoprostol, le explicamos como tiene que sacar el ibuprofeno de adentro, todo eso que es todo como un armado viste. Y bueno, a veces... a nosotros la consejería yo digo que nos ordenó, porque antes venían a las 7 de la mañana, a la 13:30 de la tarde cuando te estabas yendo, a las 22. Vos estabas en cualquier actividad y venían y te decían "necesito hablar con vos" o decían "quiero hablar, pero una cuestión personal" y ya sabíamos...Y en general llegaban a trabajo social. Entonces a nosotros realmente, no podíamos seguir trabajando así, porque decíamos, hay bueno...espera que tengo que buscar a mis compañeras. Lo que si, nunca nadie trabaja solo. Eso es como consigna del equipo. Porque son situaciones muy complejas, entonces nadie trabaja solo. Entonces, "vení fulana, vení para acá, estamos allá". Para escuchar. Porque tampoco no es que me cuenta a mi, yo trabajo con otro... El que escucha no esta solo, eso es re importante y suma mucho cuando hay otras disciplinas.

**E:** Exacto. Los trabajadores de la salud, mas o menos me contaste como fueron acogiendo la inserción de la consejería, que bueno, es un tire y afloje, una negociación constante entre todos...

**SA:** Si, si...

**E:** ¿Existían experiencias previas en cuanto a la anticoncepción y el aborto entre los trabajadores?

**SA:** En anticoncepción si porque nosotros veníamos trabajando hace muchísimo, antes que la Municipalidad tenga las ordenanzas y demás, nosotros disponíamos...porque había un centro de investigación. Entonces cuando la municipalidad no tenía DIU, nosotros ya teníamos DIU. Entonces eso si. Y después siempre tratamos de generar espacios, la consejería en la sala, hacíamos talleres con los proyectos de extensión o hemos presentado proyectos a otros lugares que nos financiaron, y suponete por ejemplo hacíamos desayunos saludables. ¿Que hacíamos? Íbamos a la sala de pediatría. Eso era a partir de un proyecto con las alumnas de trabajo social. Y compartíamos una merienda y hablábamos de los derechos sexuales

y reproductivos, de la importancia de utilizar métodos anticonceptivos, de las infecciones de transmisión sexual...

**E:** O sea que esa fue otra manera de visibilizar la consejería y de llegar digamos...

**SA:** Sí, sí. Nosotros trabajamos mucho en salas de espera, hemos trabajado con organizaciones que están cerca del hospital también, de comedores, de centros comunitarios, en costureros. Todo lo que sea promoción de los derechos sexuales y reproductivos... y bueno, siempre contamos con mucho material, lo que tiene la muni y también hemos... con proyectos que hicimos nosotros... y por ejemplo extensión viste que no tiene honorarios pero si tiene...

**E:** Un presupuesto, sí.

**SA:** Un presupuesto para folletería. Y después siempre, siempre conseguimos todo lo de Nación. Que Nación tiene muy buen material en el programa de salud sexual y reproductiva. Y hemos pasado videos, trabajamos con las mujeres en las salas de espera. Incluimos... también no es que armamos el proyecto y nos largamos a la sala de espera. Se hace todo un proceso para que ese proyecto tenga participación. Se presenta a la dirección, se presenta en las reuniones de gestión donde están todos los servicios, se invita a profesionales. Por ejemplo hacíamos en la sala de ginecología, y una vez a la semana invitábamos a un profesional, venia uno que hablaba de mamas, el otro que hablaba de papanicolau...el otro que hablaba... son espacios así como muy ágiles, porque viste es una sala de espera, pero es como que bueno, se pueden llevar algo, se puede difundir, saben que se pueden venir a preguntar, que ellos tienen derechos. Hemos trabajado con extensión también unos afiches importantes que están en distintos lugares del Roque sobre diversidad, sobre la importancia de los derechos, sobre el parto respetado, todas estas cuestiones... Es como que siempre tenemos distintas herramientas, nos gustaría siempre tener más, pero bueno, no se puede...

**E:** En el caso de existir, ¿ha habido resistencias o dificultades que el dispositivo generó?

**SA:** Mira, No hay un reconocimiento por las autoridades. Ni del hospital ni de la Secretaria de Salud Pública...

**E:** ¿Porque consideras que no hay un reconocimiento?

**SA:** Yo creo que no tienen una política definida. Entonces, el hecho de no tener una política definida y el hecho de que considero que para algunos la interrupción es un tema que los toca y no bien... yo creo que en eso lo que... Además porque hay otros intereses, hay grupos que ideológicamente en otros lugares no les interesa y hacen mucha fuerza para que no... no se pueda avanzar en esto.

**E:** ¿Dónde, entre el espacio de la religión?

**SA:** No, no, dentro de salud pública...

**E:** Ah, dentro de salud pública misma...

**SA:** Y esta todo esto del poder médico hegemónico, esta muy... pero todavía muy...

**E:** Es un hueso difícil de roer...

**SA:** Sí, por un lado esto, tenemos la medicación y nosotros cuando nos encontramos y viene gente de por ejemplo... El Álvarez en Buenos Aires tiene un trabajo interesante también. Y ellos nos dicen "Ah pero no se quejen ustedes que tienen la medicación"; porque ellos no la tienen. Pero bueno, nosotros tenemos esto. No hay una decisión política. "Sí, sí, sí" pero a la hora de "sí, sí", viste no es tan... y bueno el hecho de no poder tener un lugar más visible, no es casual, ¿viste? Cualquier cosa... Yo una de las últimas veces tuve una discusión porque la directora estaba haciendo un cambio, y dice hay Susana, estaba con el jefe de mantenimiento "pongan la consejería en trabajo social". "No" le dije yo. No, le digo porque nosotros somos pocas, tenemos poco espacio, necesitamos privacidad. En cualquier lugar... La Consejería puede ir a cualquier lugar (tono sarcástico). Y esto de que este en pediatría es horrible, ¿viste?

**E:** Entiendo, sí.

**SA:** Así que porque, la gente confunde. Nosotros hace mucho más tiempo, lo que hacíamos era un consultorio abierto en pediatría. Era un momento en que el servicio de pediatría tenía muchas consultas, por ejemplo los Lunes era impresionante. Entonces nosotras hicimos un trabajo con las pediatras, que llamábamos a alguna mujer y la mujer estaba en nuestro consultorio y dábamos a libre demanda sobre

métodos anticonceptivos y lactancia. Que en ese momento no teníamos la palabra “consejería”, pero bueno, era una consejería. Y la verdad es que las mujeres...yo siempre me acuerdo de una mujer muy joven de 24 años que estaba con su segundo hijo, y ella me dice “yo lo que quiero saber es qué es un orgasmo”. Porque cuando vos le das... que vos te presentas, porque la consejería tiene eso, que vos te presentas, le decís quien sos, como te llamas, la llamas a la otra por el nombre, la miras, no es que yo escribo y le digo “ah si, vos ¿que querías saber?” viste? todo eso, todo eso te da un cambio que es como que el otro puede preguntar... y esa mujer no sabia que era un orgasmo y había tenido su segundo hijo. Entonces todas las cosas de sexualidad, nosotros por la educación y nuestra sociedad cuesta un montón trabajarlo, así que bueno en esa época hacíamos eso... y bueno, pero tenía otra mirada esto, era poder trabajar con las mujeres que traían a sus hijos al control. Lo de la Consejería no viste? Las mujeres están... están los chicos ahí corriendo, y las mujeres vienen para interrumpir un embarazo. Entonces no hay una decisión política por parte de los gestores de salud. Es como que la consejería puede estar en cualquier lado (tono sarcástico). Y ahora mira, van a hacer toda una reestructuración, y no piensan donde va a estar la Consejería entonces dijimos, bueno, a ver armémonos nosotros a ver donde nos vamos a poner... así que bueno, ahí estamos.

**E:** ¿Cuáles consideras son debilidades y fortalezas o aquellos objetivos cumplidos en la consejería?

**SA:** Y mira, los objetivos cumplidos, es esto de que tenemos mucha demanda. Las mujeres pueden llegar, eso es lo importante. Las debilidades me parece que tendríamos que tener mas posibilidades... poder brindar mas posibilidades, por ejemplo que un día pueda funcionar a la mañana y un día a la tarde, esta bueno, porque no todas pueden venir a la mañana. Y otra debilidad que a mi me encantaría, en la cual estoy trabajado es que me gustaría que las mujeres puedan decidir como hacer la interrupción, si hacerlo con medicamento o hacerlo con el AMEU.

**E:** Si, eso es algo que me había comentado Daniel. Sería un gran avance...

**SA:** Si, es una meta que tengo...que quiero. Ahora con el trabajo de investigación apuntamos en eso. A ver si podemos hacer ese cambio. Después, mejorar los registros. Porque no es que el equipo esta exclusivo para eso. Entonces vos terminas ahí y te vas a ver... porque vino alguien que te dice esta internada fulana, entonces la vas a ver, también acompañamos en la internación. Pero después tenés que llamar al

centro de salud para ver si la mujer que había venido fue. Entonces es como mucho, llamas porque te dicen “no, fui al centro de salud y me dijeron que los doctores ahí no hacen nada de esto, que tengo que venir acá”. Entonces, llamas al centro de salud, quién se lo dijo, cómo se lo dijo. Y eso te lleva muchísimo tiempo. Entonces no es solamente el encuentro. Como modalidad es bárbara. Esta posibilidad de a veces, trato de incluso, en el sentarme atrás de la mesa. Lo acompañamos con folletería. Si no están decididos, se pueden llevar el consentimiento, o sea pueden venir todas las veces que quieran a consultar. Esa posibilidad también es como que devela un montón de cosas que están dando vueltas. Hay mujeres que vienen con mucho miedo. Y bueno, esta posibilidad que tienen de poder hablar con otro es como liberador digo yo. Pero bueno, creo que nos falta muchísimo todavía por andar. Pero estamos andando.

**E:** Exacto Susana. Te agradezco muchísimo el tiempo. Me encantó escucharte.

**SA:** No hay de que.

**Entrevista a Silvia Totó. Jefa de Ginecología del Hospital Roque Sáenz Peña. Trabajadora de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.**

**Fecha: 17/03/16**

**E:** Muchas gracias Silvia por tu tiempo. Te cuento más o menos mi idea. Estoy tratando de hacer una reconstrucción de la creación de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el Hospital Roque Sáenz Peña desde sus orígenes. Me comentaba Daniel Teppaz que había habido un quiebre cerca de los años `90, de como se empezaba a tomar la temática desde el hospital público...

**ST:** Y...es un poquito más... es anterior. Por lo menos en el Roque Sáenz Peña siempre fue como mas jugado desde la anterior jefa. Antes de Badano, bueno Badano coexistió con la doctora López, que Susana dice, "tendríamos que llamarlos a Badano y a López", pero bueno no hicimos tiempo de llamarlos a ellos para charlar entre todos esto y acordarnos mas de todo. Pero yo soy lo suficientemente grande como para haber vivido una historia en el Roque Sáenz Peña. Porque... la a doctora López era la subjefa cuando estaba el doctor Sánchez Velazco. Cuando se va el doctor Sánchez Velazco queda la doctora López pero vienen al servicio el doctor Badano y otro profesor de la cátedra, el doctor Figueroa Casas. Y después queda, después de que la doctora López se jubila y se va, queda el doctor Badano como jefe del servicio. Cuando el doctor Badano se jubila, quedo yo... estoy bastante grande... quedo yo como jefa del servicio. Entones hay como... de todas maneras yo fui concurrente desde el 80 y...voy desde alumna al Roque Sáenz Peña, yo vivo a tres cuadras, entonces para mi el hospital, es mi centro de salud, es mi todo. Es mi lugar de trabajo, en realidad ¿no? Entonces yo, conozco la historia. En realidad, entre todos hubiéramos ahondado en algunos detalles más, pero me parece que... después vamos a ir y venir.

**E:** Si, yo le dije a Susana cuando hablábamos, que te iba a preguntar más o menos lo mismo y creo que voy a lograr la misma información. Lo interesante es poder hacer entrevistas de manera interdisciplinaria para poder tener visiones desde distintas ramas. Así, que si no te molesta te voy a pedir un par de contactos...

**ST:** Yo lo que te puedo dar es el contacto otra trabajadora social y una psicóloga que actualmente están trabajando con nosotras en lo que es la consejería, consejería.

**E:** Que es Diana Rotger...

**ST:** Si, Diana Rotger. Que ahora esta de vacaciones. Te digo esto porque antes el consultorio de anticoncepción, era un consultorio que hacía el medico. El usuario iba, se anotaba, el médico lo hacia, combinaban que método anticonceptivo...

**E:** Convenía...

**ST:** Convenía o se le podía ofrecer y aceptaba... porque no había a ver... muchas veces no era cuestión de conveniencia o le gustara, sino que era lo que había en algunos momentos y nada mas. Después, con Susana, allá lejos y hace tiempo, en el 86, 87... 86 me parece empezamos lo que era un grupo interdisciplinario de atención al adolescente, ahí había otra trabajadora social, una médica obstetra, yo como ginecóloga y una psicóloga. Ahí trabajábamos más interdisciplinariamente, incluso hacíamos con Susana el consultorio juntas, es decir estábamos las dos entrevistando, charlando con el adolescente que venía. Fue lo más interdisciplinario que se hizo en el servicio... la adolescencia, porque después estaba climaterio que tenía... los profesionales médicos se encargaban de tener como una idea un poquito mas amplia, pero no se trabajaba con otras disciplinas, entonces era así. Cuando yo empecé por ejemplo como alumna, y esto hace ya... si yo me recibí en el `83, habrá sido en el `82 porque ginecología era en el penúltimo año, ya en el servicio de ginecología, porque hice ahí, curse ahí la materia, ya había un consultorio de anticoncepción, y todavía no estábamos en democracia. Lo hacía una médica, que después se jubiló rápidamente porque ya tenía sus años, que lo hacía así, muy artesanalmente, con lo que podía, y recetándole a la usuaria que necesitaba un método anticonceptivo, le recetaba el método anticonceptivo. Y la usuaria lo conseguía donde podía. Estábamos todavía en plena época milita, donde no había ninguna ley de salud sexual. Es mas estaban prohibidos los consultorios de salud sexual, de anticoncepción en cualquier centro de salud u hospital. Y esta señora lo hacía con cierta... y bueno y los demás si podían conseguir, conseguían y utilizaban algún método anticonceptivo. No contaba el hospital en ese momento ni con pastillas a no ser que lo trajeron los visitantes médicos que siempre se encargaban de traer algo, ni preservativos ni DIU obviamente. Bueno, después apareció la democracia con Alfonsín, que derogó la ley que prohibía, no hizo una ley a favor, pero derogó la ley que prohibía, entonces ahí se empezó a hacer un consultorio de anticoncepción, y se empezó a comprar pastillas anticonceptivas y DIU a la Asociación Argentina de Protección Familiar, así se llamaba. Que tenía su sede en Buenos Aires, y que bueno, los conocíamos a través de

contactos del doctor Badano y del doctor Figueroa Casas que conocían profesionales de Buenos Aires que estaban en esta temática de la protección familiar, así se llamaba, y ellos podían conseguir porque compraban DIU de que se yo...provenientes de Candada o de una fundación internacional, entonces los comprábamos en Buenos Aires y los vendíamos en el hospital. Digo los vendíamos, lamentablemente, porque para poder comprarlos, necesitábamos plata. El hospital no nos daba plata para comprar los métodos anticonceptivos. Entonces, les pedíamos a las pacientes que compraran un bono. Que por ejemplo suponete, salía como hoy vos decís pago \$3 por una caja de pastillas anticonceptivas y pago \$10 por el DIU, que salía un poco mas caro. Entonces en eso de comprar el bono, se juntaba toda la plata, se juntaba toda la plata, se llamaba a Buenos Aires, a la Asociación Argentina de Protección Familiar “quiero 200 cajas de pastillas y 15 DIU”, con la plata que teníamos y entonces se mandaban las 200 cajas de pastillas y los 15 DIU. Y así se trabajaba con esto. Seguíamos sin preservativos. No teníamos inyectables tampoco. Bueno, eso fue a partir del `83 con la democracia `84, `85, ahí empezamos con todo esto. Después hubo... yo... bueno esto siguió muchos años, esto de pedirle al usuario que comprara el bono para seguir comprando métodos anticonceptivos, fueron muchos años, no recuerdo cuanto. Luego aparece una ley de salud sexual y reproductiva de la provincia de Santa Fe, una ley de salud sexual y reproductiva de la Nación. Y antes aparece en la ciudad de Rosario, una Ordenanza que dice que la Secretaría... antes de todas esas leyes, una Ordenanza de la Municipalidad de Rosario que dice que la Secretaría de Salud Pública se va a hacer cargo de la compra de los métodos anticonceptivos. La Secretaría de Salud Pública se tuvo que hacer cargo de la compra de métodos anticonceptivos, entonces compraba DIU, compraba preservativos, compraba pastillas anticonceptivas, y luego empezó a comprar inyectables. Trimestrales para las mujeres que amamantan e inyectables mensuales eran como muy... como que teníamos que dárselo, solamente a aquellas mujeres, no por elección, sino que solamente aquellas mujeres que non podían tomar pastillas anticonceptivas, que no podían colocarse el DIU por determinados motivos... eso así...luego, empezamos a decir bueno, pero es una elección de la mujer. Entonces empezamos como más fuertemente como los derechos de las mujeres, la elección...

**E:** ¿Esto siempre surge desde adentro del hospital, de ustedes?

**ST:** Y de lo que las mujeres pedían además, porque las mujeres decían “pero yo no me acuerdo de tomar las pastillas” y no tenían problemas gastrointestinales para tomar las pastillas. Entonces poníamos como motivo, del cambio de método que tenía

gastritis, que tenía úlceras pépticas, que tenía intolerancia gastrointestinal, cualquier motivo que diera pie para que la mujer que había elegido el inyectable mensual, se colocara el inyectable mensual. Después teníamos un inyectable trimestral que se compraba una dosis de 500 y la racionábamos, la racionaban las enfermeras con un centímetro, un milímetro y algo... no, era, dos centímetros, entonces era como que era la tercera parte de esos dos centímetros cúbicos o de cinco, no me acuerdo ya, que tenía que racionar porque era una dosis de 150 y la ampolla traía de 500 porque eran las dosis oncológicas de la hidroxiprogesterona, pero una dosis de 150 era una dosis no oncológica, sino anticonceptiva, y duraba tres meses. Eso a las mujeres les encantaba, porque iban cada tres meses al hospital. Entraban en amenorrea, que es que no menstruaban, pero a las mujeres no les importaba porque iban... una vez cada tres meses se tenían que acordar, no menstruaban que eso tampoco les molestaba y estaban seguras que no se iban a embarazar. Entonces pensábamos en la lactancia, porque no afectaba a la lactancia y las mujeres seguían 2, 3 años, 4 años, hasta que empezaron a aparecer los estudios de que había que prevenir la osteoporosis, había que prevenir otras cosas en las mujeres cuando usaban mucho tiempo... entonces pasábamos al inyectable mensual y así íbamos haciendo... pero eran decisiones de las mujeres, eran decisiones de las mujeres. Hoy día, que tenemos ley de Salud Sexual y Reproductiva de... bueno la ordenanza municipal, la de la provincia, la de la Nación. Donde la Nación también invita... mas que invita, les dice a las obras sociales “ustedes se tienen que hacer cargo de esto”, esto no es solo un derecho”... digamos “no es una obligación solo para el efector públicos”, sino que las obras sociales también se tienen que hacer cargo. Tardaron bastante mas, algunas obras sociales las ofrecen al 100%, otras al 40%, bueno, así están con las obras sociales. Algunas el DIU, otras una parte, otras nada, así... En la salud pública hemos logrado un equilibrio... que podría ser mucho mejor, porque todavía hay profesionales, aún en el Roque Sáenz Peña, que es como un lugar donde se ha trabajado toda la vida aún con los gobiernos militares, con la no prohibición pero no la ley, con las leyes y demás, se ha trabajado siempre todo lo que es la anticoncepción, más no tan bien los derechos de la mujer, entonces a veces una mujer pedía una ligadura tubaria, “pero tiene 24 años”, “pero tiene 7 hijos, que se yo, quiere la ligadura tubaria”, uno le explica. Bueno, te digo que hasta un cardiólogo tenemos que no les quiere hacerle el pre-quirúrgico “porque tiene menos de 30 y mi hija no tiene 30 y es como si fuera mi hija”... que tiene que ver, ¡es como una cosa! Los médicos tenemos algunas cuestiones tan idiotas con respecto a lo que es género que decimos una cosa y hacemos otra. O pensamos en una conferencia decimos esto y estamos todos a favor y cuando estamos atrás del escritorio hacemos cualquiera... bueno espero que yo no, pero bueno, hacemos

cualquiera. Con toda esta cuestión de los derechos empiezan a surgir otras necesidades, mujeres que o no podían usar bien el método anticonceptivo o lo usaban pero les fallaban y se embarazaban. Entonces hace muchos años se visualiza en Argentina el tema... y en la maternidad que siempre se caracterizó por no denunciar a las mujeres que venían con complicaciones de los abortos clandestinos o ilegales. Empiezan a notar, bueno... empiezan a notar, que si son 30 los días, bueno hay 25 internaciones por abortos con complicaciones, y esto siempre fue un problema para la maternidad. Y cuando se empieza a visualizar y a tratar más en organizaciones no gubernamentales, que están mucho trabajando con el tema de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho de la mujer a decidir si seguir, si continuar o no con el embarazo, empiezan a surgir muchas cuestiones que tienen que ver con que en el 2001 sale la primer guía técnica para la atención del aborto no punible y de la atención post-aborto. Entonces eso fue como un gran logro, pero que era aborto no punible. Y entonces empieza la otra gran discusión y ahí ya hay mas quiebre con algunos profesionales que estaban bien con los métodos anticonceptivos aunque a veces les decían a las mujeres que era mejor usar las pastillas que la inyección, o que era mejor el DIU que las pastillas, o que eran mejor que se yo lo que fuere... que la ligadura tubaria no...con esto de ¿Cómo interrumpir el embarazo? Entonces, ¿qué es aborto no punible?, de ninguna manera el causal salud esta dentro de lo que es el articulo 86 del código penal. Bueno, entonces vos hablas con algunos abogados y dicen: Unos le dan al código penal civil lo que sea, especialmente al penal, una interpretación amplia. No es una interpretación restrictiva, y lo que no dice de restrictivo la ley no lo podemos restringir nosotros. Entonces cuando hablamos de esto... entonces ya hay como mas, entonces tenemos a los que son objetores de conciencia y los que no somos objetores de conciencia y que tratamos de acompañar a la mujer en las decisiones de su salud sexual y reproductiva. Entonces aparece la necesidad de armar una consejería en salud sexual y reproductiva que no solo tome el tema del aborto, que era un tema muy... digamos que las mujeres venían y no teníamos respuestas para darle, no teníamos medicamentos, no teníamos nada para darles, con el tema de la anticoncepción, de lo que es diversidad sexual... mi compañero que acaba de entrar, el Dr. Quiroga, que es mastólogo, trabaja en lo que es diversidad sexual en las mastectomías de los trans mujeres... perdón de los trans varones. Entonces, digamos algunos hacen algunas cosas que tienen que ver con la diversidad, pero no pueden entender esta otra cosa que tiene que ver con otros derechos sexuales y reproductivos. Entonces, trabajamos mucho son Susana, con la gente de Trabajo Social, con la gente de ginecología, de maternidad y de salud mental, la posibilidad de tener un espacio y un tiempo, que es muy poco, pero bueno, es lo que tenemos ahora de... para formar

una consejería. De todos estos hubo un profesional de Salud Mental, que es Diana, dos profesionales de Trabajo social que es Susana y Elena, un trabajador de Ginecología, que soy yo, y dos o tres trabajadores de la Maternidad en cuanto a la jefatura, que es el Jefe... el Director de la maternidad, la Directora... la jefa de clínica de la maternidad y el Jefe de cirugía que es ginecólogo y han tratado que un jefe de guardia por día no sea objetor de conciencia. Entonces estos toco-ginecólogos, que la mayoría se formaron en el hospital con y una visión un poco mas amplia, y sin ser objetores de conciencia puedan estar trabajando en las guardias todas estas temáticas que tienen que ver con la interrupción legal del embarazo. Entonces, la consejería tiene altos y bajos... la estamos haciendo una vez por semana....

**E:** ¿Actualmente esta reducida a una vez por semana? Antes eran dos veces por semana...

**ST:** Si, antes eran Martes a la mañana y Jueves a la tarde. Por razones de que no hay personal y de que por razones de que... bueno, a la tarde podría haber más lugares ¿no? Físicos para estar. Ahora volvemos a tener el tema del lugar físico, pero ya lo solucionamos.

**E:** ¿Si? A mi Susana me había dicho que estaban en pediatría...

**ST:** Si, ahora estamos en pediatría, ese es un lugar físico que no nos gusta. Pero el horario, el día y la cantidad de profesionales que podíamos estar o podíamos hacernos cargo podía ser el Martes, y el único lugar que habíamos encontrado era ese. Ahora se va a cerrar ese sector como se va a cerrar la maternidad y vamos a tener un espacio en Trabajo Social y al lado que nos presta otro profesional para poder hacer la consejería. En el transcurso del año pasado se suma a la consejería Raquel, que es médica clínica, que ella hace la parte de... todo lo que es sexualidad, que también se sumó a nosotros como profesional medico para poder trabajar la temática de la interrupción legal del embarazo. Hoy por hoy, la mayoría de las consultas, por no decirte el 100% es interrupción legal del embarazo. Diferentes edades, diferentes niveles de apropiación de los derechos sexuales y reproductivos, pero que algunos vienen mas temprano otros hacen... saben, conocen y vienen directamente, otros lo conocen a través de Socorristas y las derivan, otras hacen camino de ir a su ginecólogo, entonces después un amigo del paciente... otro ginecólogo les dicen que vayan al Roque Sáenz Peña. Es decir, que tenemos muchas pacientes sin obra social, pero también tenemos muchas usuarias, mas que pacientes, porque no son pacientes.

Muchas usuarias con obra social donde sus ginecólogos no le dan una respuesta. “No, yo soy objetor, no, yo con esto no me meto, yo no se como se hace, yo no te puedo dar la orden para que vos vayas a comprar la medicación”, entonces, ¿adónde vas? No se. Yo, entiendo algunas cuestiones que tienen que ver... porque hoy por hoy yo, en mi lugar de trabajo no puedo decir con qué ginecólogo que pueda hacer una AMEU o un legrado, puedo contar en la parte privada porque en realidad no lo hacen abiertamente, pueden hacerlo, pero la verdad que desconozco, no lo puedo mandar con fulano de tal, que a lo mejor con un diagnostico diferente pueda ingresar y puedan hacer una interrupción legal del embarazo. Hoy por hoy en la parte privada no existe la guía técnica que el Ministerio de Nación sacó en el 2001, mejoró en el 2007... no, sacó en el 2007, perdón, mejoró en el 2010 y ahora tenemos otra en el 2015 que cuesta encontrar, pero que esta. Entonces, son guías diferentes que han mejorado pero es la atención de la interrupción legal del embarazo o del aborto no punible. Sin embargo hay mucho miedo de los profesionales con respecto a que si no es por una dolencia física importante de la mujer, eso no tiene que ver lo con interrupción legal del embarazo. Entonces... bueno, estamos trabajando mucho en el hospital con una fuerte apoyatura de lo que es farmacia porque nunca deja que nos quedemos sin medicación, y con un trabajo que se esta dando lentamente y que ahora lamentablemente se va a interrumpir por el cierre de la maternidad, pero con... armar espacios, lugares y tiempos de no objetores de conciencia, en cualquier nivel, mucamas, enfermería, el quirófano mismo... todo lo que es... el cirujano que le toca en ese momento si tuviera que hacer alguna intervención... no es fácil... un camino que estamos transitando...

**E:** Y en lo que respecta a datos, ¿tienen alguna sistematización de la cantidad de mujeres que se acercan?

**ST:** En promedio, yo te diría un promedio...porque por ejemplo algunos días vemos 10, otros vemos 3, otros vemos 6, 7, 6, 7. Yo te diría que en promedio están viniendo entre 6 y 8 mujeres por semana a la consejería. A la consejería por interrupción legal del embarazo estoy hablando. Después hay muchas otras mujeres que van directamente a preguntar... a sacar un turno, por el control habitual, anual y el anticonceptivo.

**E:** ¿Estas mujeres generalmente van solas o acompañadas?

**ST:** Generalmente van acompañadas. Por un familiar, por una amiga, por la pareja.

**E:** ¿El rol del hombre como juega? ¿Está más relegado?

**ST:** No, vos sabes que es un rol donde esta más de acompañante que de decisión, de toma de decisión. Y en general cuando los hombres van y acompañan, que en general son sus parejas, un par de veces tuvimos nada más que a la mamá y al papá de dos mujeres muy jóvenes, dos o tres veces... en general es la pareja. Y es como que toma un rol de “yo acompaño la decisión que ella toma”. Pueden ser parejas estables o no estables, pero dicen “yo, si ella quiere, yo la acompaño en esta decisión que ella toma”.

**E:** En cuanto a las maneras de visibilización de la consejería, ¿cuales han sido las estrategias que utilizaron y utilizan para llegar a las personas?

**ST:** Algunos porque hicieron algún camino así de amigo de amigo de amigo, que fueron a la Consejería y la conocían, y “anda a la consejería del Roque”. Otras a través de Socorristas, que es una línea telefónica donde se contactan las mujeres, y ellas las reúnen y charlan y les dicen de acuerdo... suponete anda al centro de salud que te corresponde que es este o anda a la consejería del Roque si es un poco más abierto. Ahora ya están derivando a otras consejerías, porque lo que estamos trabajando... como hay otras consejerías en Rosario que están trabajando algunas un poco mas firmemente, otras están...

**E:** Más incipientes...

**ST:** Muy incipientes, porque las muy incipientes en realidad no son tan incipientes sino que van y vienen porque no tienen gente que puedan sostenerla. Además de la gente, es como que tienen muchos problemas con los servicios de toco-ginecología o de obstetricia y de ginecología aparte. Porque los jefes de esos servicios no quieren hablar del tema. Entonces por ahí hay gente que del servicio pueden acompañar pero el jefe no quiere internar para hacer un AMEU o para hacer un legrado si correspondiera, por ejemplo. Ni hablar si es del segundo semestre que es bastante doloroso para todo el mundo. Bueno, así llegan, así llegan.

**E:** ¿Ustedes han hecho algún método, folleto o algo similar para incentivar a que las mujeres que lo desean se acerquen?

**ST:** No. Ahora por ejemplo en esta última... en este último año a través de la Red de Profesionales que es otra ONG, vamos a decirle, que se llama Red de Profesionales a

favor de todo lo que son los derechos sexuales y reproductivos, se ha hecho un folleto que es blanco y verde donde se habla de los derechos de la mujer de decidir que es lo que va a hacer con el embarazo, si continuarlo o interrumpirlo. Y ponen algunos lugares donde pueden asistir y pueden preguntar, y entre eso esta la Consejería del Roque Sáenz Peña, eso sería una forma. Por ejemplo esta semana llegó alguien a la Consejería que se enteró porque dice que el día antes del 8 de Marzo, estaban repartiendo unos folletos y dentro de lo que era esto de los folletos hablaba de la Consejería del Roque como un lugar para ir, y después lo googlearon y entonces así llegaron. Otros hablan por ejemplo... otros me dicen, no, llame a un 0800 que es de la Nación y le dicen “¿de donde sos? “de Rosario”, “anda a la Consejería del Roque” porque no conocen otra. Entonces anda a la Consejería del Roque, por ejemplo. Hay un 0800 que es de salud sexual y reproductiva donde hablan de todo, de ETS, de píldora de emergencia, de embarazo no deseado, de diversidad sexual y demás, que esta bueno, que no se cuanto tendrá de llegada, cuanta gente lo visitará y llamará por teléfono, pero se puede llamar al 0800 las 24 horas del día. Y ahí cuando le hablan de este tema, las mandan a la Consejería del Roque, así han llegado algunas también. Y otras por derivaciones de algunos otros colegas que trabajan en otros lugares y que saben porque hemos hecho...porque ha venido la gente de Buenos Aires a hacer talleres multitudinarios. El año pasado hubo más de 250 personas en el Distrito Sur, una invitación que también fue en la ciudad de Santa Fe, para hablar de interrupción legal del embarazo, vino una abogada y una médica, hubo mucha gente que asistió, médicos y otras disciplinas, que también estaban apoyando o no, pero que querían escuchar de que se trataba. Entonces como que saben donde puede haber Consejerías y las mandan a la Consejería del Roque.

**E:** Ustedes también desde el Roque, intentan desagregar la actividad que hacen en el Roque enviando a las mujeres a Centros de Salud. Me contaba Susana que el Roque recibe mucha gente y que tratan junto a los profesionales de los Centros de Salud, hacer una actividad en conjunto para mejorar la atención y que sea más personalizada y cerca de donde la persona vive...

**ST:** Si. Es mucho trabajo porque también al principio era como que les costaba mucho o no conseguían la medicación. Es muy fácil conseguir la medicación, hay que pedirla y hay que tenerla con anticipación. No cuando viene el caso esperar a la semana siguiente. Hay que tenerla antes. Nosotros hacemos esto y esto. Entonces bueno, es como que se empezó a armar un circuito donde la medicación existe y la medicación está. Pero por ejemplo, esta semana también vino... esta semana vino mucha gente,

de un Centro de Salud Sur que tenemos en la zona Sur, que si la derivan porque tiene una complicación, le corresponde el Roque, pero sino, le corresponde donde ella estaba. Entonces, le tomo todos los datos y me dice "No, yo fui y me dijeron que venga acá al Roque Sáenz Peña". Yo llamo, me contacto con la Directora porque no estaba la médica que ella me había dicho que era su ginecóloga en ese momento. Y la Directora me dice "espera, decime el numero documento que yo enseguida lo busco en la historia clínica". Tienen una historia clínica familiar los Centros de Salud. Entonces busca la historia clínica familiar y me dice "no, mira, ella fue la última que se incorporó de la familia al control médico en el Centro de Salud". Y dice "es del 2014 que no viene, cuando le diagnosticaron el embarazo y la mandaron después a tener su bebe", tenía una nena de 2 años y algo, "es del 2014 que no viene". Entonces vos decís, bueno, me mintió. Pero nosotros pedimos el teléfono, te llamo y te digo qué día y quién te ve. Yo me contacto con el Centro de Salud. Si yo no lo consigo eso, yo no lo consigo, te volvés al Roque. Pero si yo no lo consigo, porque a veces van y les dicen "no, tenés turno dentro de 15 días", porque no le explican cuál es la urgencia. Entonces a lo mejor tenés turno en 15 días... me voy al Roque porque se que por lo menos ese Martes la Consejería está abierta, está. Así que es todo un trabajo que es mucho. Y esto es en Rosario... cuando vienen de Casilda, cuando vienen de pueblos... de Firmat, de pueblos vecinos... la última chica que trabajamos mucho que era de Santa Isabel cerca de Venado Tuerto... ¡viste 3 horas de viaje! ¡No se como haces para venir acá! Vino una chica de Esperanza, al Norte... al Norte de la ciudad de Santa Fe.... 2 horas de viaje... vos decís ¿como es que llegan acá? Bueno, viste el 0800...

**E:** ¿Entonces no hay otras Consejerías que funcionen de la manera como funciona el Roque?

**ST:** Yo creo que hay... yo no te digo que hay. Yo creo que nosotros estamos como más de organizados... tuvimos ganas de organizamos y nos organizamos. Y si bien teníamos una dirección que era cuasi objetora, por no decirte objetora, sabían que esto se tenía que trabajar en el marco de lo que era la política de salud pública, que no se que tan claro lo tienen ahora... entonces nos permitieron hacer la Consejería, que eso es otra cosa... porque por ahí a lo mejor la gente del Provincial quiere hacer la Consejería y tener un lugar y un día y no puede, porque no se lo permite. Y la gente del Centenario tiene la Consejería, pero si tienen que internar a alguien, tienen que pedirle permiso al director para que contrate a alguien porque ninguno de los médicos

de planta que hacen guardia las 24 horas del Centenario hacen interrupción legal del embarazo porque son todos objetores.

**E:** Claro. Son todas complicaciones y negociaciones que tienen que realizar los profesionales entre sí mismos de distintas áreas. Se tienen que conjugar...

**ST:** Si... si... Entonces lo que tenemos en el Roque en realidad es que yo no tengo que contratar a alguien diferente de lo que es el profesional de planta. A lo sumo tengo que ver qué días tengo una guardia que son menos objetores, o que no son objetores. Que hay, ¿no? Que de los 5 días, 4 por ahí conseguís o 3 por lo menos, que se yo.

**E:** ¿Entre los trabajadores de la salud hay formación en cuanto a la anticoncepción y al aborto?

**ST:** Sí, si...

**E:** De anticoncepción seguro...

**ST:** Sí, de anticoncepción seguro porque se trabaja en todos los consultorios, hacen consultorio.... el Roque Sáenz Peña tiene consultorio de ginecología con gente de staff que esta viendo al paciente y al residente al lado. Así que se aprende continuamente lo que es la anticoncepción. Se dan seminarios de anticoncepción, se dan cotidianamente limando algunas dudas que se tenga con respecto a cuando colocar un DIU después de un aborto, cuando colocar un DIU después de un aborto sin infección, con infección, cuando empezar a darle las pastillas anticonceptivas a una mujer que tuvo un aborto en el primer trimestre. Es decir, todo eso se va formando cotidianamente, en la formación de esos profesionales, que después son, en general, son los profesionales que después son jefes de la guardia de la misma maternidad. Ninguno de los que están haciendo guardia, de los que no son objetores, todos salieron de las residencias.

**E:** ¿Consideras que hay un reconocimiento de la Consejería del Roque?

**ST:** Si uno dice... que yo reconozco que puedo ir a la Consejería del Roque, hay. Reconocimiento... como que se yo, yo se que de la Nación si llaman, dicen que vayas a la Consejería del Roque como que es un lugar adonde pueden ir y donde no le van a poner palos en la rueda, es decir, que pueden ir tranquilas, que no hay objeciones ni

nada. Después, si vos me decís si hay un reconocimiento desde la política de salud de la Municipalidad o de la Provincia. Conocen que estamos haciendo la Consejería, reconocen que es un trabajo que se está haciendo. No creo que reconozcan todo lo que significa trabajar en esa Consejería, todo lo que uno le pone a esa Consejería. No creo que lo reconozcan. Yo creo que bueno...“ya que están que lo hacen y forma parte de lo que deberíamos hacer y este grupo lo hace, bueno, dejemos que lo hagan”. Pero no es que te faciliten muchas cosas.

**E:** ¿Qué es lo que faltaría para lograr ese reconocimiento?

**ST:** Yo creo que lo que debería haber como una presencia más fuerte en decirles a todos los profesionales que tienen mucho miedo y por eso se hacen objetores de conciencia... “no, ¿cómo van a ser objetores de conciencia?, esto es una ley, nosotros estamos apoyándolos, a ustedes no les va a pasar nada, si alguien les hace una denuncia por una interrupción legal del embarazo”.

**E:** ¿Vos decís que más que nada los que son objetores de conciencia, lo son por el temor que les genera que luego les hagan alguna acción legal?

**ST:** Si. “Porque si a mi un juez”, dicen todos los médicos, los que son objetores, “si a mi un juez viene y me hace... el garrón” Nadie te va a meter preso por esto porque es una interrupción legal del embarazo, digo yo, todos hacemos historias clínicas, escribimos como vienen, porqué, cuál es el motivo, qué cosas hacen que no quieran continuar el embarazo, ponemos causal salud, la medicación que le damos, como se la damos, que le damos las pautas de alarma, firmamos, firman un consentimiento informado. Si es no es legal, ¿donde está? Es decir... entonces... La verdad es que las políticas de salud no dicen claramente “nosotros los apoyamos”. No vienen a esas reuniones multitudinarias donde van todos los profesionales de las distintas disciplinas y la Secretaría de Salud Pública se para con sus secretarios y dicen “yo no haría aborto porque soy objetor de conciencia, pero esto es una ley que se tiene que cumplir, y yo los acompaño en esto” por ejemplo. No hemos tenido nunca una respuesta, me encantaría tener a alguien que diga eso para decir “Uff! ¿No?” Nosotros desde que trabajábamos con adolescencia, en otra época, dar anticonceptivos a un adolescente de 13 años que ya había iniciado relaciones sexuales porque además algunas ya eran madres, era todo un tema legal. Yo digo, nosotros siempre rayamos con la ilegalidad en todo caso. Porque si una adolescente de 13 años que es inimputable, pide anticonceptivos y viene sin los padres, pero me dice que ya está teniendo relaciones

sexuales y no quiere tener hijos, ¡yo se los doy! Me fijo que no tenga ninguna contraindicación absoluta en lo físico como para que yo le de un anticonceptivo, ¡y que se vaya con la pastilla y que la tome! Que haya aprendido a tomarla o el inyectable o lo que fuera. Que se yo, es el mal menor, y yo lo pongo en la historia clínica. ¿Quién me puede venir...? Si viene el padre, y me dice de todo, ¡y tiene razón! Porque no tiene 14 años y yo le di las pastillas. Pero nadie va a venir a decir...nunca me paso, porque evidentemente los padres o no se enteraron o se enteraron y están contentísimos que haya venido a pedir las pastillas para no tener una boca mas para alimentar. Entonces bueno, siempre son cosas jugadas también al principio. A medida que pasan los años yo supongo que esto se va a ir como...

**E:** Flexibilizando un poco...

**ST:** Claro, como la ligadura tubaria. No sabes la discusión que fue la ligadura tubaria... “no, porque estamos cortando un órgano sano y entonces estamos haciendo una mutilación a la mujer, eso es penalizado por la ley” y era verdad... pero salio después algo que decía que se podía hacer. Y al principio fue toda una discusión terrible la ley... cuando salio la ley... y que entonces había tantísimos objetores de conciencia. Anda a preguntar hoy, después de 10 años, ¿quien no hace una ligadura tubaria con tranquilidad? Podrán tener a lo mejor, “y... tiene 18 años y pide la ligadura tubaria y tiene 21 y pide la ligadura tubaria, o tiene que se yo, es gordita, hagámosle... pongámosle un DIU porque es gordita, tiene mas complicaciones” algunas cosas así. Pero no es que hay gente que se niega a hacer una ligadura tubaria. En el público. En la parte privada es otra cosa, siempre es otra cosa

**E:** Claro, en el privado es otra cosa. En cuanto a las debilidades o fortalezas ¿qué me podrías decir?

**ST:** Como debilidades que necesitaríamos más profesionales comprometidos, más días, más horarios. La Consejería debería estar abierta todos los días, mañana, tarde. Digamos, con un horario muy flexible, para que la gente que trabaja no tenga que dejar su trabajo con miedo a que los despidan, porque pasa así, para ir a solucionar un problema de salud que tengan, eso por un lado. Que yo creo que con mucho entusiasmo, si alguien se levantara y dijera esto que yo te acabo de decir “ustedes no tengan problema, porque esto es ley y nosotros lo avalamos” yo creo que muchos profesionales podrían estar haciendo la Consejería en otros días y en otros horarios con mas tranquilidad. Con ciertas objeciones pero lo podrían estar haciendo. Y más

debilidades... nos faltan todavía muchas cosas como por ejemplo... si vamos a hablar de interrupción legal del embarazo, la decisión de la mujer de qué método utilizar para interrumpir legalmente el embarazo. Hoy nos estamos manejando mucho con la medicación, que es fantástico, que vino a llenar la verdad, un vacío tremendo, y una privacidad para la mujer que quiere hacerlo con medicamentos que es maravillosa. Pero hay mujeres que no quieren pasar por eso, que lo que quieren es que pase por otro lado. Y para algunos profesionales, el hecho de que las mujeres elijan una AMEU para que la duerman un ratito y que cuando se despierten este finalizado el tema, es como muy fuerte todavía. Pero bueno, nos tendremos que actualizar en este tema y que si la mujer decide no el médico porque también es muy duro para ellas pasar por esa instancia y quiere o prefiere esto otro. La mayoría prefiere el médico, pero si prefiere esto otro, ofrecerle esto otro también...

**E:** ¿Por qué no se da actualmente esa opción?

**ST:** Porque no esta preparada todo lo que es... hay muchos objetores de conciencia en un lugar donde se tiene que internar que es la maternidad, y tienen que trabajar mucho los profesionales que no son objetores para que la mujer se interne y se haga una AMEU directamente.

**E:** ¿Si o si en maternidad se tiene que internar?

**ST:** Si, porque necesita un lugar de internación, algo que la contenga y algo que donde estén... porque especialmente son los que son por encima de las 12 semanas. Pero si no son por encima de las 12 semanas, necesitamos un lugar... No es necesario internación, perdón si es por debajo de las 12 semanas no es necesario la internación, es necesario tener un lugar que sea aséptico con gente que sepa hacer, que esté capacitada para ofrecerle la AMEU y que la mujer tenga una anestesia... en México hay una experiencia muy grande donde lo que se hace no es una anestesia ni dormir a la mujer, sino que es hacer una anestesia para-cervical del cuello del útero con un acompañamiento del dolor que tiene que ver con algún analgésico y con una persona que esta como... relajándola con su charla, con lo que fuera, como relajándola para que tenga menor sensación de dolor. Hoy no lo podemos estar haciendo acá. Hay una idea de poder hacer AMEU hasta en los Centros de Salud donde va a hacer un lugar mas indicado, más aséptico obviamente como para poder hacerlo, siempre en personas estamos hablando, en embarazos menores de 12 semanas. En los de más de 12 semanas tiene que haber una internación porque es

otra cosa, es otra situación, ¿no? Y ahí hay otra... hay mas que trabajar en la maternidad, y bueno, hay profesionales que todavía dicen "¡no! ¿Por qué? si tenemos el medicamento ¿por qué quieren la AMEU?" Y es gente que no es objetora... digo, ¿no? como que todavía se resiste un poquitito como a el derecho a elegir. Así como el derecho a elegir pastillas o DIU, o como en los hormonales. También elegir con medicamento o AMEU. Y de fortalezas yo creo que hemos logrado tener la Consejería, ya es una fortaleza, hemos logrado que algunos profesionales nos comprometamos en esa Consejería, hemos logrado tener la medicación y que la jefa de farmacia sea una leona con respecto a poder mantener estas cosas que hemos logrado con lo de Salud Sexual y Reproductiva. Raramente le puede llegar a faltar el DIU, la pastilla o el inyectable y ahora ya no le falta el oxaprost tampoco. Si algo de eso falta es porque falla la cadena de información por algún lado. Pero si lo necesitamos, podemos no tenerlo hoy, pero mañana seguro lo tenemos. Así que también contamos con estos profesionales que desde este lugar también nos apoyan, porque si no tenemos medicamentos es difícil hacer la Consejería. Bueno, las pacientes están volviendo, estamos haciendo toda una movida para que las pacientes puedan volver y elegir el método anticonceptivo post-aborto, lo estamos trabajando mucho, están entendiendo que es importante volver y hacer una elección que sea importante para ellos y que sea que sea una elección que puedan continuar en el tiempo. Lo estamos logrando. Hay bastante deserción, pero bueno, tiene que ver con la situación. Yo creo que una vez que solucionaron la situación volver a ver la cara de la gente que pudo acompañarlo es como recordar la situación misma. Yo creo que hay mucha gente que no puede recordar esa situación... pero bueno, no puede, no quiere, lo que sea. No se si tenemos otras fortalezas... ganas de seguir avanzando y mejorar en todo caso. Siempre fuimos así ¿no? Querer mejorar y si hay algo que nos molesta, poder hablarlo. Eso esta bueno también porque si no lo hablamos no tenemos la escucha del otro que puede darnos una solución que nosotros no estamos pudiendo ver y eso es importante. Y también otra fortaleza fue que pudimos identificar que había gente que estaba trabajando con esta temática y que pudieron hacer otras Consejerías y entonces nos juntamos, no te digo todos los meses, pero nos estamos juntando ya con otras Consejerías de Rosario como la del Centenario, otras Consejerías como la de Granadero Baigorria que es el Hospital Eva Perón, con otra Consejería que se formó en un Centro de Salud en Villa Gobernador Gálvez que es una población... viste que es una ciudad con una población bastante importante... con los Centros de Salud también empezamos a hacer hace dos años un colegiado donde nos juntamos con todos los referentes de Centros de Salud municipales y provinciales, con coordinadores de esos Centros de Salud de Distritos Sur y Sudoeste de la provincia y

de la municipalidad para poder trabajar la temática y ahí también se abrió mucho este tema de que los Centros de Salud trabajaran con medicamentos, no pueden con AMEU, pero con medicamentos y cuando la situación los rebasa... entonces en el segundo nivel puede estar dando una respuesta diferente, pero que se hagan cargo. Eso también lo pudimos trabajar y yo creo que le da apertura. El juntarnos hace que nos veamos las caras, y si no nos acordamos de los nombres por lo menos sabemos que estos Centros de Salud están participando, entonces tienen información, saben con quien contactarse. Y el conocer al otro es fundamental para que esto también se abra. Yo creo que somos muchos, algunos mas visibilizados y otros menos, algunos con mas problemas para trabajarlo y otros menos, y eso me parece que esta bueno...que se yo... me parece...

**E:** La verdad es que el trabajo que hacen ustedes es...

**ST:** No es fácil...

**E:** No, claro, no es fácil, porque aparte requiere de la voluntad y de compromiso que cada uno esté dispuesto a dar...

**ST:** Si. A nosotros nos ayudó mucho también juntarnos... una... como la ligadura tubaria se hacía en el Hospital por ejemplo, al principio, suponete el primer Lunes de cada mes, nos juntábamos todos los Centros de Salud que tuvieron que derivar mujeres que habían pedido la ligadura tubaria en sus Centros de Salud, las presentaban, presentaban la solicitud en ese primer Lunes a nosotros. Que no era que nosotros rechazáramos a ver decíamos "no, esta sí, esta no". ¡No!, lo tomábamos y decíamos, bueno, ya esta, pidan el turno y especialmente eran las obstétricas, es decir, mujeres que habían pedido la ligadura tubaria mientras estaban embarazadas que ya sabían en maternidad que las iban a hacer cuando las mujeres llegaran a hacer su parto o su cesárea y aquellas que las pedían mientras no estaban embarazadas. En un momento eso nos permitió varias cosas, entre esas cosas... en darnos cuenta que había un cardiólogo que no quería hacer esto... y teníamos muchos problemas, y hablando con la dirección, bueno a ver "acá esto, el pre-quirúrgico tiene que hacerse para la ligadura tubaria...cuál va a ser el cardiólogo que acá es una cosa de locos que un cardiólogo ser objetor de conciencia porque no quiere que esa mujer se haga la ligadura tubaria" como si fuera... no era... ni siquiera el marido que tampoco tenía ni voz ni voto en esa decisión. Bueno, entonces eso nos permitió charlarlo con la gente de los Centros de Salud... que la gente de los Centros de Salud dijeran cuales eran

sus limitaciones para poder venir. Y en un momento dijeron “bueno, basta, listo, desde los Centros de Salud no traigan mas”... era como un horario que no podían, que no querían que ya estaba por qué tenían que pasar por eso... pero es todo cuando uno lo va haciendo de a poco, ver como se introduce el tema, lo de la ligadura tubaria era muy reciente hace 10 años atrás, entonces era como nuestra manera de... bueno de tomar la ligadura tubaria y que se haga, no que no se haga, ¡y que se haga!. Tanto que es así que nosotros decíamos, bueno ustedes presentaron hace 3 meses esta cantidad de mujeres pero ninguna vino a hacerse el pre-quirúrgico o a hacerse la ligadura tubaria. “Ah, las vamos a buscar” es decir, que hasta nosotros podíamos decirle esto para hacerles una devolución, entonces...que también era todo un trabajo... porque ¿porque las mujeres que lo habían pedido ahora no estaban llegando? ¿Era un problema nuestro? ¿Las habíamos echado de alguna manera del servicio? ¿O no habían venido ellas? ¿No habían vuelto al centro de salud? Bueno, era toda una mirada diferente. Hicimos un muy buen trabajo con eso y eso nos permitió conocer a la gente que trabajaba en los Centros de Salud, conocer cuales eran todas sus dificultades, porque desde el hospital era muy fácil decir “hay mira lo que hace este en el Centro de Salud, no esta formado para nada, está mal formado” viste, una cosa así... pero cuando nos encontrábamos con las cosas que a ellos les pasaba, decíamos “hay, no pero vos sabes que ese Centro de Salud tiene esta dificultad”, viste lo podes ver...esa “otredad” diría ayer... que escuche un espectáculo con un filósofo y música, esa en la que el filosofo dice “la otredad del otro”, vos te das cuenta... te pones en el zapato del otro y te das cuenta que no es fácil lo que vive en el Centro de Salud éste, que no es lo mismo que lo que vive en el Centro de Salud provincial que esta a 5 cuadras, pero que es otra situación, otra realidad. Entonces eso nos permitió contactarnos con la gente, esa apertura, que nunca había sido fácil entre el Centro de Salud... los Centros de Salud y el hospital porque siempre había habido como...

**E:** Una rivalidad...

**ST:** Claro, una rivalidad terrible ¿no? Entonces eso de conocernos hizo que nos abriéramos y que todo fluyera como más fácilmente. Entonces en un momento terminamos no juntándonos para que nos traigan las solicitudes, entonces ellos mismos directamente pedían el turno para el pre-quirúrgico, le pedían ellos el pre-quirúrgico que podían, hasta le dijimos “che a nosotros se nos hace mas fácil porque es todo un circuito acá que hacemos, pidan para el pre-quirúrgico y ya le damos el circuito a la mujer que sabe, pide todo eso, auditoría ya sabe porque ya hablamos con auditoría como es el pre-quirúrgico y la mujer no tiene que andar yendo y viniendo con

ustedes que se les dificulta el pedido y demás. Entonces organizamos eso para los pre-quirúrgicos de ellos y los nuestros, para todos los pre-quirúrgicos que llegaban de la red. Entonces esas modificaciones que se hicieron, es con el caminar. Se hizo con la ligadura tubaria, ahora se hará con la interrupción legal del embarazo, se hace con el tratamiento médico de la interrupción legal del embarazo, después ya se hará con el AMEU, entonces yo digo...me gustaría que las cosas fueran más rápidas, que hubieran menos objetores, que hubiera mas gente entusiasmada para trabajar todos los temas, y mucha mas gente compenetrada con lo que son los derechos de la mujer. Todavía tenemos un pensamiento binario, aún los que estamos trabajando con los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de la mujer, todavía tenemos una... nos cuesta porque por ahí pensamos "hay no que tarada que soy no es así el pensamiento", pero...yo creo que tiene que ver que fueron muchos años en que no pudimos pensar en los derechos de las mujeres como derechos, sino como que "bueno, se lo dábamos porque queríamos" y ahora el que la usuaria vaya y se enfrente y diga: "Doctor, yo quiero la ligadura tubaria", "pero no querida, a vos te conviene el DIU porque fijate..." "no doctor, yo quiero la ligadura tubaria, porque me dice que no puedo yo puedo llegar a la ligadura tubaria". Esto que pudimos conseguir que algunas mujeres se adueñaran de eso es el trabajo de muchas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales fundamentalmente que pueden hacer que las mujeres se apropien de estos derechos. ¿Que falta? Una eternidad, no se cuanto, espero que cada vez menos, pero bueno, falta... que se yo... falta mucho

**E:** Yo te agradezco mucho...

**ST:** ¡Hay que suerte, yo me entusiasmo como verás!

**E:** A mi me encanta, me encanta escucharlas a ustedes que tienen esta trayectoria y el compromiso que tienen....desde llamar a los Centro de Salud, llamar a la mujer...

**ST:** Si... es un trabajo...pero yo creo que es la única manera de poder armar una red, de poder hacer que cada vez mas profesionales estén entusiasmados con el tema y que cada vez se expulse menos a las mujeres de los lugares que les corresponden...a lo que a ellas le corresponde adueñarse... venimos de una formación muy de poder, no solo los médicos, todos, pero especialmente los médicos, de una formación donde tenemos que tomar las decisiones, no estamos acostumbrados a darle a usuario la posibilidad de que elija. Nos parece que si elige tal cosa es lo menos conveniente, pero a lo mejor es lo que siente que puede hacer. Entonces, si vos le podes dar todas

las indicaciones o las explicaciones de por qué esto es mas conveniente que esto otro y esta usando esto otro...es porque lo que puede... es lo que puede usar. Que se yo. Entre un DIU y un preservativo, y vos decís “bueno, pero no lo va a usar en todas las relaciones sexuales”, bueno, pero es una persona adulta. Si vos le estas diciendo cuáles son todas las ventajas del DIU, que no se tiene ni que acordar del método anticonceptivo, pero después le decís, “usted cada vez que vaya... tenga... use preservativo por las infecciones de transmisión sexual” ¿Cuánto le tenés que dar? Pero dicen, “bueno Doctor, mire esto me sirve para las infecciones de transmisión sexual, no me pongo algo que no quiero ponerme adentro, porque no estoy convencida...” No dicen eso, no (risas). Vos decís... viste es muy difícil que nos corramos del lugar de “consejeros”. Porque ese es otro tema, la “Consejería”, ¿esta bien que se llame “Consejería”? Porque es como que uno le aconseja lo que parece mejor, pero en realidad, tenemos que tomar la palabra “Consejería” con una acepción que es mucho más abierta que el “consejo” de decir “yo te aconsejo esto porque éste consejo es lo que vos tenés que tomar de mi porque es lo que a vos te conviene”. No es ese “consejo” lo que hacemos en la Consejería, sino, es decir de todo el abanico de posibilidades que tiene y que elija lo que le parezca mejor. Entonces, la palabra Consejería tampoco esta muy.... ¿Esta bueno ponerlo como Consejería esto? Es lo que se usa... pero también hay que ver ¿no? ...qué es lo que entiende uno por Consejería y lo que entendemos más los que estamos haciendo Consejería, que es la escucha de lo que el otro quiere. Entonces yo ponerme a ver como yo puedo meterme en hacer que el otro lo que quiere, lo consiga, eso no es fácil, eso no es fácil... y a veces nosotros también estamos medio...que nos cuesta un poquito eh, hay algunas situaciones que nos cuesta meternos en que “voy a ver como te facilito esto que vos querés con la escucha que yo hago y no me meto en otras cosas”, no es fácil, pero bueno... es lo que intentamos...espero que así siga...

**E:** Muchas gracias Silvia.

## **Entrevista Socorristas en Red. Marina Acuña. Fecha: 11/04/2016**

**E:** Hola Marina, ¿cómo estás? Te agradezco mucho la posibilidad de esta entrevista, más que nada quisiera que me cuentes acerca de Socorristas en Red, ¿quienes la integran, cómo surgen, como funcionan?

**MA:** Hola Miranda, bueno, te cuento, Socorristas es una Red Nacional de varias líneas de teléfono que lo que hacemos es brindar información segura sobre como abortar con misoprostol, digamos, que es el método mas seguro y mas efectivo para abortar hoy en la Argentina que se consigue de forma legal, nosotras ahora estamos con varias dificultades para conseguir misoprostol en las farmacias, pero en realidad es un dispositivo donde brindamos información y donde brindamos acompañamiento, digamos, porque hay varias líneas que... porque por ejemplo está la línea de lesbianas por el derecho a decidir, feministas y lesbianas por el derecho a recibir que son las que escriben el libro de como abortar con pastillas, que ellas no hacen acompañamiento, nosotras además de brindar información lo que hacemos es un acompañamiento donde nos encontramos con la mujer que nos llama, primero le pedimos que se pueda hacer una ecografía, que es como un método básico de seguridad antes de empezar el proceso, para saber la cantidad de semanas, para saber que el periodo gestacional es la correcta para empezar el proceso, nosotras acompañamos hasta la semana 12 de embarazo, entonces después tenemos una entrevista, un protocolo donde vamos llenando los datos de las mujeres, datos básicos de edad, nombre, una entrevista anónima pero que a nosotras nos permite también poder hacer estadísticas sobre la utilizaron del misoprostol en la Argentina, poder tener un registro de cuales son las mujeres que abortan con misoprostol y que ninguna pone en riesgo ni su salud ni su fertilidad...

**E:** ¿O sea que ustedes tienen una sistematización de esos datos?

**MA:** Si, tenemos una sistematización que es nacional y que también es por ciudad.

**E:** ¿Y eso esta disponible para consultar?

**MA:** Y... ahora con la declaración de la plenaria 2016 van a salir los datos. Pero nosotras tenemos algún tipo de sistematización que te podemos pasar de Rosario y el número general más nacional. Después las características van desde sectores etarios,

si tienen estudios o no, si tienen hijos, familia... eso capaz que no, pero si números en general...

**E:** ¿Por qué me decías que ahora no se consigue el misoprostol?

**MA:** Porque en realidad hay muchísimos controles porque creció muchísimo la demanda, digamos, también cuando circula esta información cada vez mas, las mujeres abortan con conciencia y con información real... y nos están pidiendo dos recetas, estampillado, etc., DNI. con ginecólogo específicamente. Igualmente nosotros acá en Rosario, estamos articulando con médicos y médicas del sistema de salud. Así que tenemos como un avance realmente muy de vanguardia con lo que es el resto del país digamos, en Rosario por lo menos, el socialismo en el gobierno nos ha permitido que a través de políticas publicas podamos insertarnos un poco mas en el Estado, sobre todo en la Red de Profesionales por el Derecho a decir, hay varios médicos acá en Rosario, que bueno... articulamos a través del protocolo de interrupción legal del embarazo. Entonces las mujeres acceden. Tenemos varios puntos de la ciudad donde las mujeres pueden acceder al Centro de Salud o al Hospital más cercano de su casa y llenar ese protocolo, ese consentimiento asistido, poder conseguir las pastillas de modo gratuito y con el acompañamiento de un médico, además de nuestro acompañamiento.

**E:** ¿Que implica el acompañamiento de ustedes? Desde la primer llamada...

**MA:** Desde la primer llamada hay un acompañamiento presencial, que es la primer entrevista donde charlamos la situación concreta de la mujer. Para nosotras es importante también puntualizar que cada mujer atraviesa de una manera distinta la situación de aborto, y ese relato esta bueno habilitarlo en esta entrevista no solo por una cuestión de bueno, llenamos una planilla, una cuestión burocrática, sino que también habilitar un relato sobre el aborto, nosotras creemos que es aliviador, que ayuda a poder atravesar el aborto con todos los atravesamientos sociales que tiene, digamos, con todas las cuestiones de que es un tabú, que muchas mujeres lo hacen en soledad, que no pueden hablar ni con su familia ni con su pareja, ni con mucha gente que forma parte de su circulo mas cercano. Entonces creemos que también habilitar un lugar para poder hablar de ese aborto, hablar de ese embarazo no deseado, es aliviador...

**E:** ¿Cómo se manejan con las recetas?

**MA:** Las recetas no las damos nosotras, les sugerimos a las mujeres que se las pidan a sus ginecólogos o bien las derivamos a los médicos amigables que atienden por obra social. Igualmente la mayoría están haciendo sus abortos en el sistema de Salud Pública, ahí los médicos piden las pastillas directamente a la farmacia del Hospital o Centro de Salud.

**E:** ¿Y después de esta primer llamada?

**MA:** Después de eso el acompañamiento... cuando se desarrolla el proceso, es telefónico y volvemos a tener una entrevista post-aborto. Cuando ella mas o menos a los 15 días, cuando pueda hacer la eco de control y después nos encontramos para cerrar el acompañamiento, para ver como se sintió, si ha tenido complicaciones o no, etc.

**E:** Esto que vos me decías que te piden doble receta, ¿esta contemplado en algún lado? Digamos, ¿es legal que lo pidan de esa manera, que controlen de esa manera...?

**MA:** No, lo que pasa es que hay... en realidad el misoprostol se utiliza para el tratamiento de lumbalgias y úlceras pépticas y como contraindicación produce contracciones musculares, entonces en caso de embarazo, hay riesgo de un aborto. Y también cuando se empieza a utilizar con la excepción esta de que bueno, produce abortos, existe un mayor control de la venta, porque crece la demanda. No hay tanta gente con ulceras pépticas o lumbalgias. Tiene que ver con la ilegalidad del aborto en la Argentina...

**E:** ¿Y esto no esta contemplado en los protocolos?

**MA:** No, porque en realidad los protocolos lo que habilitan es que el médico pueda pedir el misoprostol en la farmacia del Hospital.

**E:** Claro, en el hospital.

**MA:** Claro, porque tenemos producción de misoprostol en la provincia. Hay muchas provincias que no producen ni siquiera misoprostol, donde es mucho más complicada la situación.

**E:** ¿Por qué decidiste participar en Socorristas?

**MA:** Yo hace dos años que participo en Socorristas. En realidad porque ingrese militando en el feminismo, digamos. Conocí primero Mala Junta que es la colectiva feminista que esta llevando a cabo a Socorristas en Red acá en Rosario. La verdad me pareció una de las practicas que mas involucra esto de poner el cuerpo, que tiene que ver con el acompañar, con la efectividad, con pensar... digo desde la practica misma... habilitar nuevas miradas sobre el tema. Para mi fue como uno de los temas de entrada al feminismo, es el aborto que reúne a muchísimos movimientos de mujeres, a muchísimos movimientos feministas, porque es una deuda histórica con las mujeres... del Estado con todas las mujeres y en realidad empecé militando en el feminismo, poniéndome el pañuelo verde por la campaña por la legalización del aborto y bueno...una de las primeras practicas así, de poner el cuerpo que quise hacer fue el socorrismo.

**E:** Y como Socorristas en Red ¿hace cuantos años que funciona, hay alguna fecha fundacional?

**MA:** Y... Socorristas en Red nace en Neuquén con la colectiva feminista La Revuelta que es una colectiva de 25 años, por lo menos de existencia. En 2007, ellas son las que inician la red, en realidad empiezan haciendo socorrismo e instalan esto de bueno, del aborto atravesador por el feminismo, que bueno, el aborto en realidad, lo que plantean es que el aborto en si no es traumático, sino que el trauma viene por el aborto no deseado y con la no resolución social que hay del tema, digamos, con todas las trabas, las imposibilidades de poder charlarlo, las imposibilidades de vivirlo plenamente que tienen las mujeres, y que en realidad el aborto en si, es incluso menos riesgoso que un parto, digamos, que no implica demasiadas... no implica poner en riesgo la salud, digamos. Es algo que en realidad posibilita la utilización de la medicación, que no sucede con los abortos quirúrgicos u otro tipo de intervenciones que son mucho más invasivos, que son mucho más peligrosas, que ponen más en riesgo la salud de la mujer. Entonces también hay como todo un trabajo a partir del 2007 mas de concientización, de bueno...existen métodos que si son seguros pero también hay mucho desconocimiento y montón de métodos como... no se clavarte agujas, ponerte yuyos, métodos que tienen que ver con curanderas de barrio, con la mujer que sabe... en realidad en los sectores populares y en cualquier sector social siempre se habló de aborto, las mujeres siempre nos acompañamos, eso es lo que plantean por ahí... desde Socorristas, que rescatan la cuestión de la solidaridad que

tiene que ver con la solidaridad de las mujeres en un contexto patriarcal, digamos que es algo historiquísimo, que decimos siempre las mujeres, del parto, de la enfermedad, en situación de aborto, pero que empezamos a gritarlo a voces, digamos a decir, bueno esto lo hacemos, y lo hacemos politizadamente. Lo hacemos desde el feminismo, tenemos un tipo de formación. En realidad esto viene de las feministas italianas y francesas que ya realizaban una práctica similar en caso de la ilegalidad del aborto.

**E:** ¿Y en 2007 se puso en marcha la concientización, pero a partir de ese año también se empieza a llevar a cabo la práctica del socorrismo?

**MA:** Si, en 2007 nace la red. Ellos también plantean la necesidad de “no podemos quedarnos en nuestro territorio, tenemos que pensar las distintas realidades del país” entonces ahí se van sumando distintas colectivas, lo que hacen es ir a capacitar sobre la utilización de las pastillas...

**E:** ¿Esto siempre con el misoprostol? Desde el 2007...

**MA:** Si, siempre con el misoprostol. Si, otro contexto digamos, hoy hablar del socorrismo y del misoprostol no es tan lejano como en ese momento donde había que tener medidas de seguridad bastante rígidas, como bueno, cambiarnos los nombres, usar otros teléfonos, no decir nunca nuestros nombres personales, nunca ir a una casa, nunca decir las direcciones de nuestras casas, como cuestiones que eran mucho mas rígidas que hoy que digamos, podemos salir en un medio de comunicación a hablar de lo que hacemos. En ese momento había mucho miedo, también a partir de lo que pudiera suceder legalmente...de las prácticas que estamos haciendo...

**E:** ¿Ustedes cuando pactan las reuniones lo hacen en espacios públicos?

**MA:** Si, tratamos de que sean o en plazas o en bares. Por lo general si. Nosotras estamos optando más por bares. Tenemos bares específicos.

**E:** ¿Qué postura toma Socorristas con respecto al debate en torno a la despenalización del aborto?

**MA:** Socorristas forma parte y nace también en la campaña por el aborto legal seguro y gratuito. Que es un espacio que reúne a machismos espacios súper heterogéneos

de partidos políticos, partes de partidos políticos, grupos de mujeres, colectivos feministas. Socorristas nace como estrategia para la despenalización. Que también, bueno, genera en ese momento todo un debate con las viejas feministas de la campaña, digamos de... bueno, el debate en realidad se da en dos planos. Primero es bueno, estamos quizás cubriendo espacios vacíos del Estado, estamos siendo asistencialistas, no estamos luchando por la despenalización. Y lo que nosotras planteamos es que además de luchar por la legalización en términos legales, de ver que estrategias nos damos para que los diputados lo debatan en los lugares donde tienen que debatirlo, que creamos un proyecto de ley que sea acorde a las necesidades que necesitamos resolver. Sin espacios vacíos, sin posibilidad de dar una interpretación, eso es muy importante, laburar con abogados, con diputados, con legisladores reales que estén en el plano de la política de las leyes. Pero además hay otro plano que es el de la despenalización social, que nosotras creemos que con la legalización sola no basta, porque claramente las leyes tienen que ver con el tejido social que las ampara. Hay muchísimas leyes que están, y son un dibujo digamos, y que para nosotras la despenalización social tiene que ver con esto, con poder crear espacios donde el aborto sea un tema de discusión, con poder pensar que todas las mujeres atravesamos estas situaciones y muchas veces con el silencio y que la posibilidad de hecho de ... nosotras estamos haciendo entrevistas colectivas donde muchas mujeres no se animan primero a hablar y después terminan compartiendo situaciones, desde situaciones de violencia, situaciones de dispositivos familiares, situaciones de distintas opresiones, situación de, bueno "llegamos a esto porque", digamos, posibilita mucho mas poder pensar las situaciones de las mujeres socialmente, poder pensar que el aborto es una problemática que existe hace muchísimos años, que abortan 500.000 mujeres al año en la Argentina que muchísimas en clandestinidad ponen en riesgo su salud o mueren en el intento. Y para eso tenemos que hablar de aborto, tenemos que instalarlo socialmente, tenemos que pensarlo no como un tabú o como una práctica que sea en sí maligna que sea en sí traumática, sino como un problema de salud de las mujeres digamos...

**E:** Y estas entrevistas colectivas de las que me hablas, ¿tienen alguna sistematización en que las hacen, donde las hacen?

**MA:** Ah, las hacemos en los bares.

**E:** ¿Ah, también en los bares?

**MA:** Si, si. En realidad a partir del numero de mujeres que llamaban. Primero la hacíamos de a una, individuales. Y después bueno, como no nos daban los cuerpos para pensar una semana con 5 entrevistas, entonces empezamos a agruparlas.

**E:** ¿Pero eso es antes? ¿No es después del aborto?

**MA:** Antes. Si, antes. Y después.

**E:** ¿Ah, hacen dos?

**MA:** Si, empezamos a hacerlas colectivamente porque en realidad hicimos un balance re positivo de eso, de hecho hubo mujeres que se intercambiaban los números de teléfono para hablar sobre el proceso. Como que habilita un montón de relatos de una misma situación y entender esta dimensión social del aborto, que no es “ me esta pasando a mi y estoy sola en el mundo, sino que nos esta pasando a varias” y cuando empezamos a hablarlo, de hecho un montón nos dicen “bueno, a partir de lo que sucedió, lo hable en mi casa con mi prima y me dijo que mi mamá alguna vez había abortado y en el familia reconocimos que el aborto nos había atravesado de tal y tal forma pero nadie lo había dicho nunca”. Digamos, que posibilita un montón mas poder hablar de estas cosas.

**E:** Esta bueno. Como avances y retrocesos con respecto a la despenalización del aborto, ¿que rescatas?

**MA:** Y yo creo que claramente el protocolo de interrupción legal del embarazo fue un avance enorme que a nosotras nos permite no trabajar en soledad sino empezar a pensar espacios de capacitación con los médicos. De hecho las médicas con las que trabajamos acá nos dicen “nosotras aprendimos a usar el misoprostol gracias a las Socorristas, porque bueno, medio nos formamos en la práctica”, porque no es algo que se enseña en la formación cotidiana de los médicos. De hecho muchísimos de los que dicen “no, no te puedo ayudar”, es mas por desconocimiento y por ignorancia de bueno... nadie te puede denunciar por hacerlo, hay una ley que te protege, digamos, muchísimas cosas que no se conocen y que hacen que un médico tenga miedo de exponer su matricula, miedo de realizar la práctica. Entonces también con la red a partir del protocolo de interrupción legal es como un intersticio en el sistema de salud que nos permite eso, pensar talleres de capacitación, pensar encuentros con médicos y médicas para charlar... que no garantiza que sea con la misma... que no sea un

aborto burocrático, por ahí lo charlamos con las mujeres de bueno, “tenés que tener paciencia, muchas veces el sistema no se adapta a tus tiempos, capaz que estas de 10 semanas y querés abortar ya, pero tenés que esperar 10 días hasta que te hagan todas las entrevistas que tiene que hacer”. Digamos no garantiza que sea una práctica como nosotras las pensamos, una práctica feminista en sí, donde la mujer sea la que decide por su propio cuerpo y no haya un médico que este preguntando todo el tiempo,” bueno, ¿cuales son los motivos?” y si no son motivos de que te querés morir porque tenés un embarazo, “no es tan grave”. Digamos, existen todavía esas cosas con las que tenemos que luchar, que es una cuestión de bueno... reducción de daños, porque no queremos que las mujeres se mueran por abortos clandestinos pensamos la legalización, y en realidad lo que nosotras estamos peleando es por un aborto legal donde el eje sea la mujer que puede decidir sobre su propio cuerpo, que pueda empoderarse, que pueda tener libertad para decidir cuando ser madre y cuando no. Eso es como todavía una deuda pendiente y un montón de cosas que tenemos que pelear hacia adentro pero que sabemos que contamos con muchísimos médicos y médicas que son totalmente amigables y que incluso cuestionan sus prácticas a partir de los encuentros que venimos teniendo...hay un núcleo que son 6 médicos con los que nos juntamos periódicamente que son los que están encargados de cada punto de la ciudad. Son médicas de Zona Noroeste, otra de Zona Norte, otra de Zona Sur...y así con quienes nos comunicamos y ellas pueden decir “bueno, que la mujer vaya a tal Centro de Salud a tal hora que tiene turno”. Incluso forman parte de la práctica socorrista. Ellas se denominan médicas socorristas. Y con ellas hemos podido profundizar muchísimos debates sobre todo esto del rol del poder hegemónico que tiene el médico sobre todas digamos... no solo las mujeres sino sobre todos los sujetos, de bueno “esto se hace así como yo digo”. De hecho, hay un médico que siempre nos dice “yo aprendí que en un consultorio le puedo decir al paciente, bueno, mira para curarte existen tres modos, uno es el inyectable, uno es el de tomar una pastilla...” digamos como poder elegir... que eso claramente también la práctica... yo tengo un folletito de socorristas que después te lo voy a dar donde hay tres vías para usar el misoprostol y que claramente es muy desestructurante con esto del papelito que te dice “hace esto, así” sin cuestionarlo, porque son tres vías igualmente efectivas y las mujeres pueden elegir cual utilizar, que intervalo horario, y muchas se quedan “bueno, pero ¿cuál es el mas efectivo? ¿Y vos cuál me recomendás? No. Elegí vos según lo que te parezca, según te sea más cómodo”.

**E:** ¿O sea que dentro de la posibilidad de utilizar el misoprostol, también hay diversas maneras igualmente efectivas para realizar abortos?

**MA:** Claro, puedes usar vía vaginal, vía sublingual, vía bucal y como esto también cambia el paradigma de “bueno, yo soy quien tiene el saber” que es el médico, y te digo como hacer para curarte sin que vos te puedas apropiarse de ese “curarte”. Entonces está buenísimo, porque con estos médicos pudimos dar esos debates también de bueno como profundizar en torno al aborto y que... todavía nos pasa en Hospitales y Centros de Salud que hay mujeres que llegan “bueno, toma la pastilla así” o sea todavía no existe esto de poder elegir las tres vías, entonces por eso para nosotras es muy importante poder... aunque derivemos al sistema de salud, seguir acompañando desde nuestra perspectiva, desde que bueno, “¿el médico te dijo esto? Bueno, también puede ser así, vos puedes elegir...”

**E:** En las entrevistas que realice, una de las trabajadoras de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Roque Sáenz Peña... y me había dicho... la verdad yo no tenía conocimiento de las tres maneras de utilizar el misoprostol que me comentas. Esta médica me decía que aún no tienen la posibilidad de ofrecerles a las mujeres la manera del aborto, pero de dos maneras, es decir con medicamentos o de manera quirúrgica. Que era la otra opción que aún no está disponible y por la que quieren luchar.

**MA:** Claro. Sí, de hecho estaría bueno que te lleves un folletito que a lo mejor te sirve. (Busca el folleto y me lo entrega). Es el que nosotras usamos con las socorridas. Estos también se producen en Neuquén y de ahí nos lo mandan. Es como la central de la Red. Nos mandan los materiales.

**E:** Buenísimo, mil gracias.

**MA:** Nosotras también tenemos una plenaria nacional socorrista, que bueno justo ese fin de semana que vos me escribiste... nosotras nos íbamos justo ese fin de semana largo. Nos juntamos todos los grupos de socorristas del país donde pensamos una declaración plenaria más política del momento, de la coyuntura política y qué queremos decir desde Socorristas y donde pensamos también en las modificaciones de los folletos, de las modificaciones en las entrevistas...

**E:** Claro. ¿En cuanto a la lucha por el derecho al aborto, como definís el rol de las Socorristas?

**MA:** Y, es medio lo que te decía antes. Para nosotras el dispositivo de Socorristas es una estrategia, es un modo de insertar el tema del aborto y también de pensar que históricamente las mujeres, los derechos que nos fueron negados, los tomamos por asalto. No estamos solamente exigiendo un Estado que nos garantice un derecho, que cuando tenemos que hacerlo, lo hacemos, hasta de modo legal. Nosotras el año pasado iniciamos una denuncia contra el Hospital Provincial por un caso muy emblemático que después te voy a contar. Creemos que es importante tener inserción en el sistema de salud, pero a la vez creemos que es importante garantizar los abortos seguros, garantizarlos entre nosotras y con esta perspectiva feminista. Son como dos patas de lucha... me parece.

**E:** ¿Con que dificultades más frecuentes se topan al acompañar abortos en los hospitales públicos?

**MA:** Bueno, te voy a contar el caso específico que te comentaba recién. A mediados del año pasado llega Vanesa, que es una chica de 21 o 22 años, no me acuerdo ahora la edad. Llega con un embarazo de 12 semanas, o sea en el límite. Ella tiene una discapacidad leve, cognitiva, llega con la madre, como que mucha imposibilidad para hablar por ella misma, la madre como todo el tiempo hablando por ella. Nosotras tratábamos de bueno... tener algún tipo de contacto con ella para saber si estaba decidida, como que hacemos también mucho hincapié...nos tocan situaciones en las que hay madres o parejas que opacan la voz de la mujer entonces también tratamos de pensar estrategias como para darnos cuenta de si esa decisión es propia o no o impuesta. Ella nos dice que quiere interrumpir el embarazo pero que tiene mucho miedo. Que ya había ido al Hospital Provincial, le habían dado misoprostol. Un médico ginecólogo muy reconocido del Provincial y se lo indicó de mala forma. Le dio 4 misoprostol 2 sublingual y 2 vaginal, claramente le provocó una hemorragia pero nada más, el embarazo continuó. Cuando le va a decir “che, mira no paso nada, sigo embarazada”, “yo no te puedo dar mas pastillas” le dice, “fijate como lo resolves por fuera porque yo no me puedo poner en riesgo”. Le cierra la puerta en la cara, la piba ahí se encuentra con nosotras y nos dice “bueno, ¿qué posibilidades hay de conseguir las pastillas por otro lado?”. Nosotras le decimos, “no, hay que insistir con el Hospital, si vos ya fuiste y tenés historia clínica”. La acompañamos, desapareció la historia clínica, parecía que no la había visto nadie. Hablamos con la abogada, con la directora del Hospital, charlamos sobre la situación. Dijeron “bueno, la vamos a internar, vamos a interrumpirlo por el protocolo legal del embarazo, interrupción legal del embarazo”. Se demoran una semana y media más, ella yendo y viniendo. En la internación, los

residentes que la atienden la maltratan, digamos, de hecho le ponen un suero con oxitocina. Cuando nosotras fuimos, las Socorristas fueron a visitarla, dos compañeras mías, estaba internada con oxitocina, ella había tomado misoprostol, estaba con contracciones y se estaba muriendo del dolor. Previo a todo esto la médica que la atiende de la guardia le dice “¿y vos porque querés hacer esta interrupción? Si estas de 14 semanas, ¿porque no lo das en adopción? Que sos una asesina”. Todo esto a la piba, cuando en realidad ya la abogada, la directora, todo el equipo mas de dirección del Provincial le habían dado el “ok”. Pero, claramente no fue trasladado a los médicos que iban a iniciar la práctica. Bueno, en ese momento las chicas no saben mucho que hacer cuando la ven sufrir como estaba sufriendo. Y decía “no quiero hacer mas nada, que me saquen esto”, como que quería volver para atrás, porque en realidad estaba sufriendo demasiado. Hablan otra vez con el médico para que le saquen la oxitocina y le den más misoprostol. Después de varias presiones lo terminan realizando digamos, pero bueno con todos estos costos psicológicos y físicos sobre el cuerpo de Vanesa. Nosotras ante esto le proponemos a ella si quiere hacer la denuncia, a ella y a su mamá. Y ellas dicen que no pero que quieren que nosotras la hagamos, que no se quieren exponer porque los médicos estuvieron hablando con ella, como que hubo también algún tipo de presión. Nosotras le decimos que no vamos a difundir ni su nombre ni su apellido ni el de su mamá, que vamos a proteger su identidad pero que nos parecía importante hacer la denuncia para que no vuelva a suceder con ninguna otra mujer. Así que iniciamos una denuncia con dos médicas y dos compañeras Socorristas en el Ministerio de Acusación, todavía tenemos que ir a declarar, así como la parte oral, pero bueno a partir de ese hecho de que les llegó una carta documento a todos los involucrados que denunciamos en el Provincial, se arma un equipo de intervención en interrupción legal del embarazo.

**E:** ¿En el Hospital?

**MA:** Si, en el Hospital. Fue como un avance un poco de bueno de presionamos y algo sucedió. Seguramente no ocurra nada con los profesionales en términos legales pero bueno, sirve como antecedente para decir, “bueno, hicimos esta denuncia”, o sea fue la primera vez que como Socorristas podemos hacer una denuncia y creemos que también es positivo porque sienta precedentes para después sentarnos a negociar con otros médicos “si no cumplís con tu deber de funcionario público, puede pasar esto” claramente...

**E:** ¿Ustedes con qué Hospitales tienen más trabajo, más contacto?

**MA:** Y nosotras articulamos mucho con el Hospital de Baigorria. Lo que nosotras ahora estamos tratando de hacer es que funcionen los Centros de Atención Primaria. Los Centros de Salud están funcionando muy bien. Digamos, lo que por ahí utilizamos de los Hospitales son las guardias. En casos de embarazos avanzados de 13 semanas o 12 semanas o en casos de que la mujer tenga una hemorragia fuerte o se le complique durante el proceso, que es menos del 10% de las mujeres, pero sucede que hay casos en los que la hemorragia es mas fuerte de lo normal, entonces necesita un control de guarida. Solo en esos casos están yendo a los hospitales o por ecografías también. Van a las guardias para pedir ecografías. Igual en el Baigorria estuvimos yendo a varios talleres de capacitación, nos han invitado varias veces.

**E:** Porque hace poquito que se esta usando... por lo menos en lo que respecta a la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva se que hace muy poco que se comenzó a utilizar en el Baigorria...

**MA:** Y si, hará como un año y medio. Si cuando yo empecé, cuando yo me incorporé a Socorristas estaba iniciándose... de hecho la Consejería del Roque fue una de las primeras después desde ahí se hicieron capacitaciones con Daniel Teppaz, con las médicas que están ahí en la Consejería para que se abran Consejerías en distintos Hospitales.

**E:** Más específicamente te consulto si tenés conocimiento de cómo son tratados los abortos y todo el proceso en el Roque Sáenz Peña.

**MA:** En el Roque creo que fue uno de los primeros lugares donde pudimos empezar a pensar esto de que el Estado pueda hacerse cargo de la salud sexual y reproductiva integralmente, digamos, donde las mujeres podían ir y accedían a la medicación. Después también tenemos algunas dificultades con médicas específicas de la Consejería sobre algunos casos en donde hay posibilidades un poco... de pensar los tiempos de la mujer y esto que te decía, de que se extiende muchísimo porque hay que certificar que la mujer si o si quiera interrumpir ese embarazo, que después pase por un trabajador social, que después pase por un psicólogo. Nosotras entendemos que también son las limitaciones institucionales de que los médicos tienen que tener un marco mucho más referencial, pero que esos tiempos también a veces desgastan... nosotras no podemos derivar a las 10 mujeres que nos llaman por semana porque en realidad atienden poquitísimos casos, digamos, a nosotras nos están llamando entre 6

y 7 mujeres por semana mientras que ellos hacen 5 abortos por mes. Sigue siendo como un desnivel muy importante de los abortos que nos estamos haciendo nosotras cargo por fuera del sistema de salud, sin ser empleadas del Estado, sin ser funcionarias públicas, y los abortos de los que se esta haciendo cargo el Estado. Entendemos que son las limitaciones y que quizás con una ley de aborto legal podamos pensar que ese número se achique, que esa brecha se achique... igualmente no pensamos que por la sola legalización, nuestra tarea ya esté terminada...

**E:** De estas 6 o 7 mujeres que las llaman por semana ¿todas llevan a cabo el aborto?

**MA:** Hay quienes hacen la entrevista y después te dicen “no, me arrepentí, quiero continuar con el embarazo” por eso hay mujeres que quieren tener las dos opciones, mujeres que retrasan su decisión y capaz que en 2 semanas te vuelven a llamar “che, mira, estuve pensándolo y si, ahora quiero abortar”. Mujeres que te llaman y te preguntan y después te dicen “no, mira no estaba embarazada, pero te llame porque me hice el Evatest y no sabía si me había dado positivo” hay de todo... positivo o negativo... Pero entrevistas tenemos de 5 mujeres más o menos por semana, entre 4 y 5. Porque tratamos de hacer una entrevista semanal y reunir a todas ahí.

**E:** ¿Las mujeres a las reuniones generalmente van solas o acompañadas?

**MA:** No tengo porcentajes específicos. Pero me parece como percepción que vienen más acompañadas que solas.

**E:** Sabes si son parejas o amigos...

**MA:** Podemos pasarte los datos de sistematización, porque eso lo ponemos también, como vienen, si viene acompañada, quien la acompaña de la familia, si su pareja sabe de la situación. Eso también lo vamos detallando en la entrevista, así que si podemos pasarte esos datos de sistematización capaz que estaría bueno para que tengas un poco de información.

**E:** Estaría buenísimo. ¿Cómo es la relación entre Socorristas con los distintos estamentos del Estado?

**MA:** La relación con el Estado es provincial, con el sistema de salud básicamente, no nos estamos relacionando con ningún otro estamento del Estado. Sólo con el sistema de salud.

**E:** ¿Que diferencia podes notar entre el Roque Sáenz Peña y otros hospitales de la ciudad?

**MA:** Y es muchísimo más efectivo e torno a esto de no prejuizar a la mujer, habilitar los motivos propios y no... Que existen algunas Consejerías donde le tenemos que decir a las mujeres “vos tenés que exagerar lo mas que puedas, porque sino, no sucede, tenés que parecer desbordada por la situación” que es un garrón, pero bueno, lo hacemos estratégicamente porque sino... En el Roque no sucede eso, sabemos que esta Susana Arminchiardi que es como una garantía también de que...

**E:** Claro, la conozco, la entrevisté. A ella y también a Silvia Totó, ambas trabajadoras de la Consejería del Roque.

**MA:** A Totó la derivamos mas por obra socia en su consultorios

**E:** Claro, porque en el privado no existe esta posibilidad que hay en el público.

**MA:** No, es imposible pensarlo en el privado, por eso tenemos médicos específicos a los que derivamos, porque hay mujeres que tienen obra social y no saben como hacer.

**E:** Si me querés contar algo más sobre Socorristas...

**MA:** No, nosotras contarte un poco cuantas somos, como funcionamos. Ahora estamos siendo 5 socorristas, tenemos un teléfono central que es donde recibimos los llamados generales, digamos, que es como la secretaria y después el resto son dos duplas que se van intercalando. También eso es algo que modificamos de nuestro funcionamiento. Antes, la entrevista era una socorrida y una socorrista. Ahora que se hacen grupales también nosotras pensamos que esta bueno ser dos porque también hay dos miradas del acompañamiento, podemos como abordar mucho mas la situación siendo dos y acompañarnos entre nosotras también, como una especie de cuidado. Hay teléfonos por cada dupla, que son los teléfonos de batalla que se los damos a las mujeres cuando empiezan con el procedimiento. Después de la primera entrevista se van con el numero de cada dupla que también permite que no empieces

el proceso con una y que después bueno, nosotras cambiemos el teléfono y continúes con otra, sino que todo tu proceso sea con las dos mismas socorristas para poder establecer este vínculo de confianza y cuidado que se producen con el tiempo, mas que con una sola entrevista, sino que pensamos que las tres instancias son importantes para mantener ese vínculo. Que no es un mero servicio, sino que también se construye un sostén entre ambas. No, eso, para contarte como funcionamos internamente.

**E:** Claro, esta bueno. En estos días te pido la sistematización de los datos.

**MA:** Si, que quizás te pueda mandar mas lo de nivel nacional... a nivel nacional. Porque no se si tenemos a nivel regional. Porque eso, hay también un grupo que es nacional, que son una compañera de Neuquén, una de Paraná, una de Rosario, varias que están haciendo la sistematización. Nosotras tenemos una base de datos donde vamos cargando las planillas y a partir de ahí se hacen las estadísticas, entonces también las tenemos que pedir específicamente de Rosario.

**E:** Dale, genial. Todo sirve. Muchas gracias Marina.

**MA:** De nada.

OTRA CRUZADA. El titular de Salud anunció el envío de circulares a los hospitales provinciales para que "se cumpla la ley"

# Bondesío ordena denunciar los casos de abortos terapéuticos

El funcionario quiere que todos los médicos avisen a la policía si atienden a mujeres en esa situación

Cecilia Vallina/Carolina Monje  
El Ciudadano

El ministro de Salud, Fernando Bondesío, enviará en los próximos días una circular a todos los hospitales de la provincia para reclamarle a los médicos que denuncien ante la policía los casos de mujeres que fueron atendidas por complicaciones producidas por un aborto. Según sostuvo el funcionario, el objetivo de la decisión es "llegar hasta las personas que se dedican a realizar una práctica penada por la ley". La medida que Bondesío pretende implementar provocó el rechazo del jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Centenario y miembro del Comité de Salud Reproductiva de la provincia, Walter Barbatto, quien ya anunció que no está dispuesto a acatar la medida. "Sería una violación al secreto profesional que está amparado por los códigos de ética y la ley provincial. Yo no voy a denunciara mis pacientes. Sería como decir que alguien tiene VIH o cáncer", afirmó Barbatto.

La normativa que pretende implementar Bondesío tiene como antecedente jurídico un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la provincia fechado hace seis años, que establece la obligatoriedad para los médicos de denunciar los casos de aborto. Esa resolución, sin embargo, no se impuso como una práctica entre los médicos. "No creo que Bondesío tenga éxito porque los médicos no van a ir en contra de sus pacientes ya que la denuncia provocaría que las mujeres, al temer ser denunciadas, demoraran más en ir al hospital y llegarán más graves aún", señaló Barbatto.



PRENSA GOBERNACION

"Hay que investigar a los que practican abortos", señaló el ministro.

La circular que Bondesío repartirá, según aseguró ayer luego de un acto en la delegación local de la Gobernación en el que se entregaron subsidios para el área de salud, no incluirá -según explicó el ministro- la lista de sanciones que regirán para los médicos que no acaten la resolución. "En principio, lo que

pretendo es que se cumpla la ley", señaló Bondesío.

—Si los médicos cumplieran con su circular estarían denunciado a las mujeres que se practicaron un aborto, ¿usted está de acuerdo en que cada aborto se transforme en un caso penal?

—Yo lo que quiero es que se haga la denuncia policial como exige la ley. Hay que investigar a los que practican los abortos.

—¿Y para eso usted propone denunciar a las mujeres?

—Yo lo que propongo es cumplir con la ley.

Si bien el ministro no pudo brindar una estimación de la cantidad de abortos que se practican en la provincia, sí afirmó que "en todos los hospitales de la provincia se atienden a mujeres por complicaciones producidas por abortos".

Precisamente, la cantidad de casos es lo que vuelve la medida "inoperante", según la opinión de Barbatto. "En la Argentina se estima que hay 700.000 abortos anuales. Imagínese sumarle a la saturación y el desborde de la policía y la Justicia en un año, 700 mil nuevos sumarios que llevarían a detenciones de mujeres, de sus parejas o familiares", analizó Barbatto.

Otro de los aspectos de la resolución que cuestiona el especialista es el supuesto de que las mujeres denunciarán a quien les hizo el aborto. "Mi experiencia de cuarenta años me indica que las mujeres se llevan el secreto a la tumba si es necesario pero no denuncian a quien le hizo el aborto, e incluso niegan hasta última instancia haberse hecho un aborto", enfatizó.

Aunque su lanzamiento ya fue anunciado varias veces, ayer Bondesío volvió a ponerle fecha a la implementación del programa de salud reproductiva. Un tema en el cual, según Barbatto, se debería poner el énfasis en lugar de en la penalización.

... DE LA PLANTA DE EMPLEADOS

**Anexo III**

Nota de policía. Fecha: 11/03/2003.

M. S. M. P. U. S.  
HOSP. PROVINCIAL ROSARIO  
MESA DE ENTRADA  
NOTA N° D 1961  
ENTRÓ 11 MAR 2003

Rosario, 11 de Marzo del 2003-


SR. DIRECTOR HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO.-  
S-----D.-

A.U.O.P.  
Destacamento Nro. 16.-

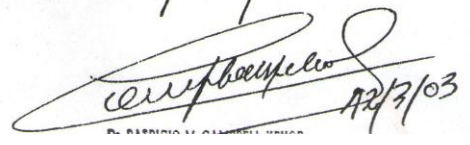
OBJETO: Solicitar Colaboración.-

Quien suscribe WALTER JOSE CERDA, Oficial Auxiliar, Jefe del Destacamento Nro. 16 Hospital Provincial, Atento a lo ordenado por la superioridad, solicito a Ud. y por su intermedio ante quien corresponda, tenga a bien contemplar la posibilidad de DISPONER, que los Profesionales a su digno cargo comuniquen inmediatamente al Destacamento Policial, de cualquier ingreso de personas HERIDAS DE ARMA DE FUEGO, ARMA BLANCA, ABORTOS INCOMPLETOS, COMPLETOS Y cualquier otro hecho que pueda resultar DELICTUOSO.

MOTIVA la presente, el no poder tomar las medidas de seguridad necesarios para con el personal del Hospital. Como así también la rápida intervención policial y judicial, lo cual permitiría una resolución a corto plazo de determinados delitos y poder identificar fehacientemente si el ingresado es víctima o autor del ilícito. Cabe aclarar que este sistema fue adoptado hace varios años por el Hospital de Emergencias Clemente Alvarez, logrando condiciones mas seguras y apropiadas que solo el trabajo mancomunado puede lograr.

  
WALTER JOSE CERDA  
Oficial Auxiliar

Elévese a la distinta Sección Médica Clínica, Quirúrgica y de Guardia y al Dpto. Enfermería para su conocimiento y total apoyo de esta Dirección para proceder a los denuncias respectivas.

  
11/3/03

## Anexo IV

### Estadísticas Socorristas en Red.

¿Han sufrido violencia sexista?



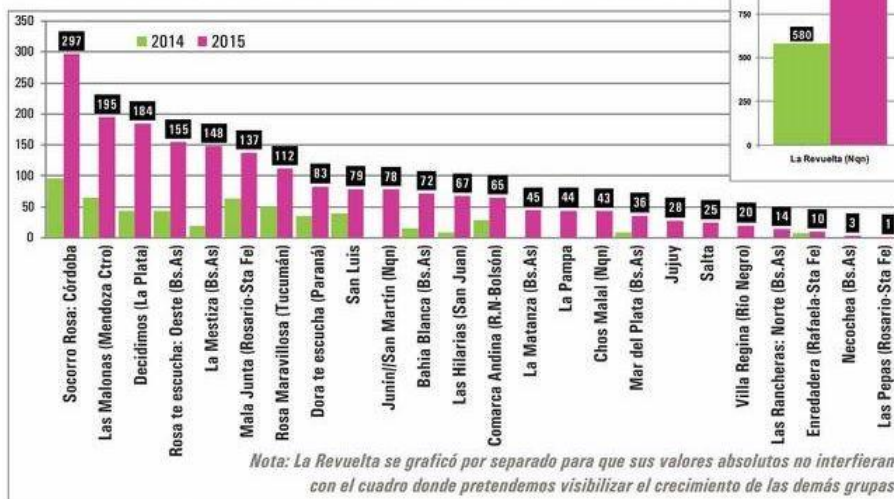
! Pregunta de respuesta múltiple

¿Cuáles?



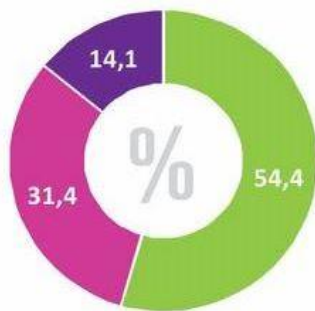
Sólo el 32% de estas mujeres realizaron algún tipo de denuncia

### Sobre los acompañamientos Sistematizados



**2894** acompañamientos sistematizados

Durante el 2015 socorristas en red realizó un promedio de 8 acompañamientos diarios

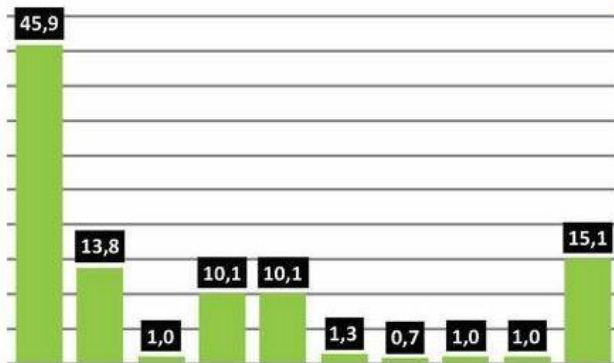


### Causas del embarazo

- No usó MAC ..... 54,4
- Falla MAC..... 31,4
- Mal uso del MAC ..... 14,1

### No usaron MAC porque

- No quisieron usar preservativo... 45,9
- Se cuidan con los días ..... 13,8
- Deseos de concepción ..... 1,0
- Él no quiere usar preservativo... 10,1
- Él dijo que acababa afuera..... 10,1
- Violencia sexual ..... 1,3
- Él no quiere que ella use MAC .... 0,7
- Yo no quiero usar preservativo .... 1,0
- No tiene acceso a MAC ..... 1,0
- Otros ..... 15,1



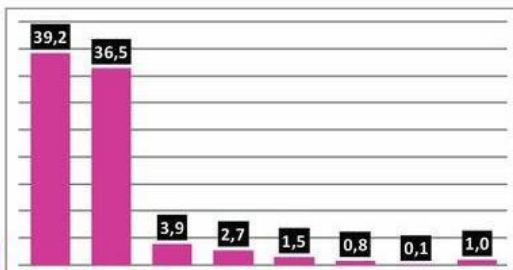
### ¿Usan MAC?



### ¿Cuál?

- Anticonceptivo oral ..... 39,2
- Preservativo ..... 36,5
- Inyectable mensual..... 3,9
- Diu ..... 2,7
- Anticoncep. de emergencia .... 1,5
- Parches ..... 0,8
- Implantes..... 0,1
- Otros ..... 1,0

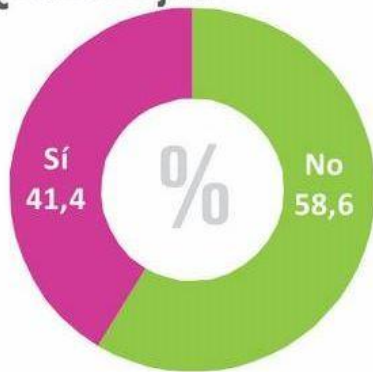
! Pregunta de respuesta múltiple



Del total de mujeres acompañadas que respondieron afirmativamente a la pregunta sobre uso de MAC (100%)

- EL 46% dijo elegir anticonceptivo oral
- EL 42% dijo utilizar preservativo
- EL 12% restante dijo utilizar otros (DIU, pastilla de emergencia, parche. etc...)

## ¿Tienen hijos?

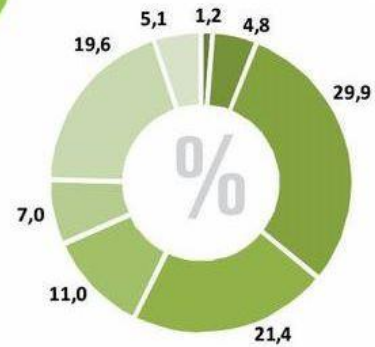


## ¿Son creyentes?



## Nivel de Instrucción

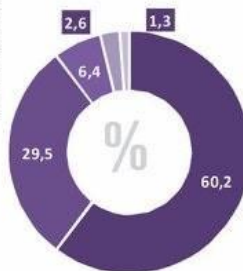
Primario incompleto	1,2
Primario completo	4,8
Secundario incompleto	29,9
Secundario completo	21,4
Terciario incompleto	11,0
Terciario completo	7,0
Universitario incompleto	19,6
Universitario completo	5,1



## Edad gestacional

### Al momento de la consulta

< o = a 8 semanas	60,2
de 9 a 12	29,5
de 13 a 15	6,4
de 15 a 19	2,6
más de 20	1,3



### ¿Cómo confirmó el embarazo?

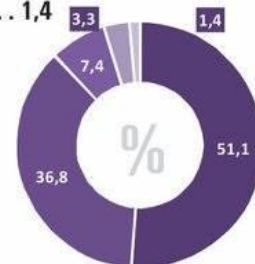
Test	50,9
Ecografía	32,7
Análisis	11,0
Síntomas	5,4



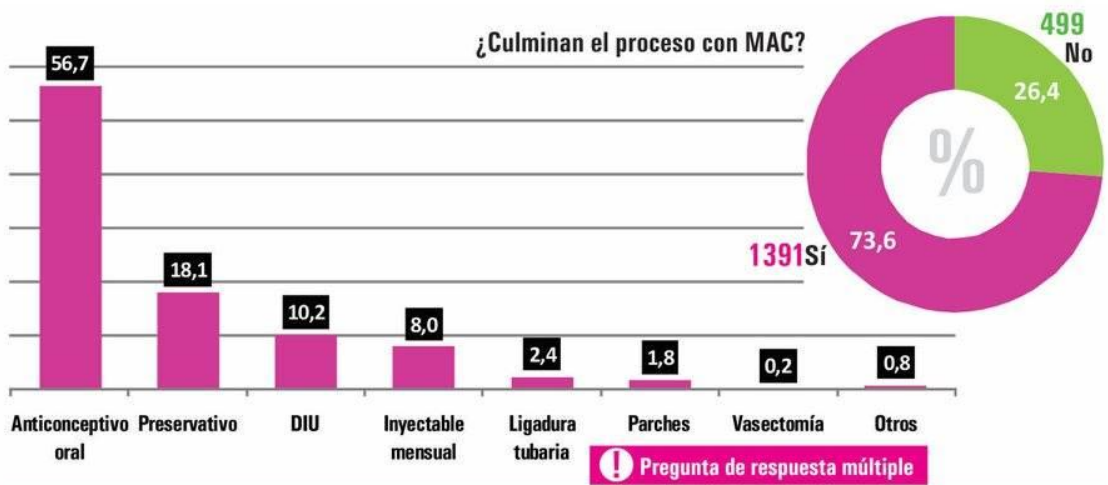
! Pregunta de respuesta múltiple

### Al momento del uso del medicamento

< o = a 8 semanas	51,1
de 9 a 12	36,8
de 13 a 15	7,4
de 15 a 19	3,3
más de 20	1,4



Al momento del uso del medicamento hay un 17,8% de las mujeres que se encuentra acompañada exclusivamente por socorristas



El 84,1% de las mujeres acompañadas se comunicó con las socorristas durante el proceso

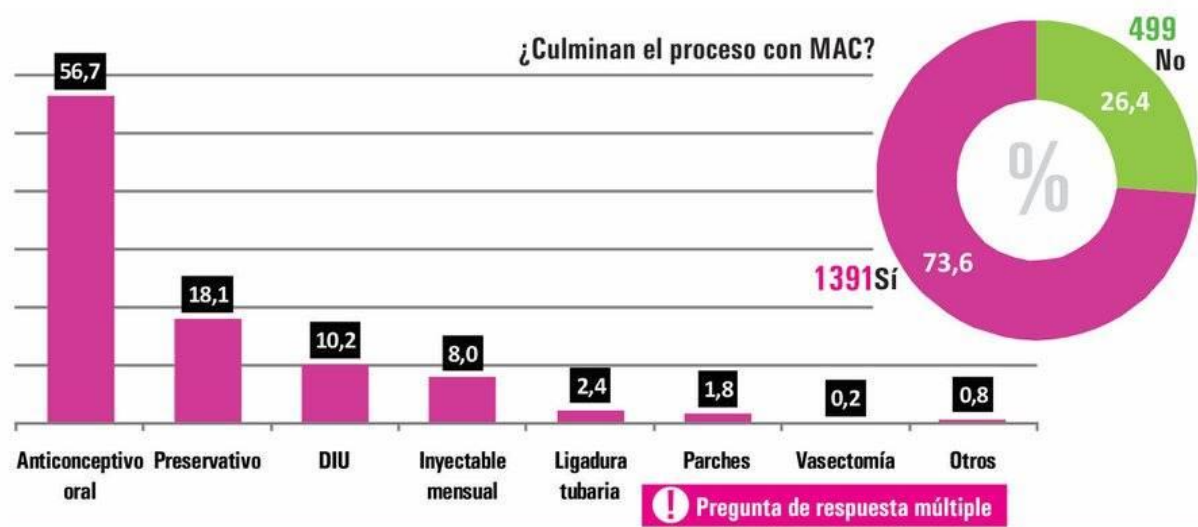


- No usaron MAC porque...
- No quisieron usar preservativo... 45,9
  - Se cuidan con los días... 13,8
  - Deseos de concepción... 1,0
  - Él no quiere usar preservativo... 10,1
  - Él dijo que acababa afuera... 10,1
  - Violencia sexual... 1,3
  - Él no quiere que ella use MAC... 0,7
  - Yo no quiero usar preservativo... 1,0
  - No tiene acceso a MAC... 1,0
  - Otros... 15,1



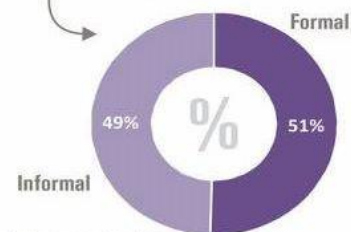
- ¿La persona de la que estás embarazada sabe de tu decisión de abortar?
- Si y está de acuerdo... 60,1
  - Si y no está de acuerdo... 6,8
  - Si y no le importa... 5,7
  - No pero pienso contarle... 2,2
  - No y no pienso contarle... 23,2
  - No pero lo sospecha... 2,0

*El aborto es un acto de autonomía*



**El 84,1% de las mujeres acompañadas se comunicó con las socorristas durante el proceso**

### ¿Tienen trabajo remunerado?



\* calculados con redondeo

Se estima que el 69% de las mujeres asalariadas acompañadas percibe ingresos iguales o menores al salario mínimo vital y móvil

SMVM año 2015: \$6060

en el rango que va de \$5001 a \$7000 se toma como referencia la media ponderada



menos de \$2000 . . . . . 17,4%  
entre \$2001 y \$3000 . . . . . 20,8%  
entre \$3001 y \$5000 . . . . . 22,9%  
entre \$5001 y \$7000 . . . . . 15,3%  
entre \$7001 y \$9000. . . . . 10,1%  
entre \$9001 y \$11000 . . . . . 7,2%  
más de \$11001 . . . . . 6,3%

¡Aborto legal y libre!

2016

28 de mayo

Día de Acción  
por la Salud  
de las Mujeres

El Estado abandona  
a las mujeres que abortan  
**Nosotras no**

De **2894** mujeres que abortaron acompañadas por las **Socorristas en Red** (*feministas que abortamos*):

El **82,2%** estuvo acompañada por alguien de su confianza en el momento del uso de la medicación. Hubo un **17,8%** que sólo contó con el acompañamiento telefónico de activistas feministas en el momento del uso de la medicación.



Socorristas en Red  
(feministas que abortamos)

[www.socorristasenred.org](http://www.socorristasenred.org) | Mayo 2016

en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

¡Aborto legal y libre!

2016

28 de mayo

Día de Acción  
por la Salud  
de las Mujeres

El Estado abandona  
a las mujeres que abortan  
**Nosotras no**

De **2894** mujeres que abortaron acompañadas por las **Socorristas en Red** (*feministas que abortamos*):

El **65,3%** se realizó controles post-aborto. El **16,4%** no lo consideró necesario. El **18,3%** no volvió a comunicarse con las grupas socorristas pasado el aborto.



Socorristas en Red  
(feministas que abortamos)

[www.socorristasenred.org](http://www.socorristasenred.org) | Mayo 2016

en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

¡Aborto legal y libre!

2016

28 de mayo

Día de Acción  
por la Salud  
de las Mujeres

El Estado abandona  
a las mujeres que abortan  
**Nosotras no**

De **2894** mujeres que abortaron sin riesgos para su salud y de manera cuidada:

El **22,7%** tuvo que concurrir a una guardia médica durante el proceso. La mayoría refiere haber sido "bien" y "muy bien" tratada.



Socorristas en Red  
(feministas que abortamos)

[www.socorristasenred.org](http://www.socorristasenred.org) | Mayo 2016

en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

## Anexo V

### Protocolo de Observación

Hospital Dr. Roque Sáenz Peña – Localidad: Rosario – Fecha: 10/08/2016 – 15 Hs.

Contextualización y ubicación: Laprida 5381 – Zona Sur de la ciudad. A una cuadra de Av. San Martín que posee una gran cantidad de locales y sobre la cual transitan varias líneas de transporte urbano y flujo de personas.

### ACCESIBILIDAD

#### **Accesibilidad por transporte público:**

Parking amplio		NO	Notas: Con acceso restringido.
Parking fácil		NO	Notas: Curva y espacio para ambulancias.
Parada bus y taxi cercana	SI		Notas: A una cuadra.
Estacionamiento exclusivo para vehículos especiales (ambulancias, minusválidos)	SI		Notas: Espacio pequeño. Motos ocupan el espacio de las ambulancias.

#### **Entrada Principal:**

Dificultad transito	SI		Notas:
Única entrada		NO	Notas: Ingreso más amplio por Av. Del Rosario.

#### **Entrada principal - minusválidos:**

Entrada minusválidos	SI		Notas: Las veredas se encuentran en mal estado.
Acera reducida		NO	Notas:
Fácil de utilizar	SI		Notas:
Existen elementos facilitadores en todo el centro	SI		Notas: Muchas veces se tiende a una contaminación visual que puede confundir al usuario.
Acceso en todas las entradas	SI		Notas:

**Ascensores:**

Número	-		Notas: No se han observado, al menos a simple vista. Si había una escalera que conectaba con el sector de Internación.
Visible		NO	Notas:
Señalizado		NO	Notas:
Indicaciones en el centro		NO	Notas:

**Entrada a urgencias:**

Entrada urgencias	SI		Notas: La entrada principal es por calle Laprida. Sin embargo allí el espacio es muy reducido. Por calle Av. Del Rosario hay una guardia que custodia el ingreso y egreso del Hospital
Acceso Vehículos	SI		Notas:
Señalización visible	SI		Notas:

**Procedimiento de espera en recepción:**

Por orden de llegada	SI		Notas: Solo en la guardia. En casos de emergencia hay protocolos determinados a partir de un sistema de señalización que indican gravedad para ser atendido.
Por números		NO	Notas:
Aglomeraciones en mostrador		NO	Notas: En el horario en el que se visitó el efector había una gran cantidad de usuarios en la guardia que aguardaban su turno ordenadamente, en otros sectores se encontraron pocos usuarios.
División de colas		NO	Notas:
Sillas cerca para espera	SI		Notas: Hilera de sillas disponibles para los usuarios.

**Procedimiento de espera en consultas (horas, número, forma de llamar o invitar a paciente a la consulta):**

Tablón con pacientes y hora		NO	Notas: Llaman por nombre y apellido del usuario.
Utilizan mecanismos luminosos para ocupación.		NO	Notas:
Salen a llamar	SI		Notas:
Organización entre usuarios	SI		Notas: Según turno. Disposición ordenada.

**PERSONALIZACIÓN:****Horarios-Señalización:**

Horarios de curas y vacunas	SI		Notas: Carteles que indican vacunas dispuestos en varios lugares del Hospital.
Horarios de consultas	SI		Notas: Dispuestos en puertas y paredes.

Horarios de atención al usuario y cita previa	SI		Notas:
Horarios de transporte público	SI		Notas: Una máquina que brinda información de líneas de transporte rota y una funcionando en la guardia.

**Comunicación telefónica (número, ubicación, personal que los atiende, protocolo de atención):**

Telf. Público cercano		NO	Notas: En la entrada de calle Laprida hay uno roto.
¿Utilizan protocolo verbal de atención telefónica?		NO	Notas:
Atienden personas, colas y teléfono. Simultáneamente.		NO	Notas:

**Localización de los mostradores de atención al usuario. Información, citas, colas, espacio, organización, mobiliario, personal:**

Visible y bien señalizado	SI		Notas: Confusión con la garita policial.
Es amplio		NO	Notas:
Barreras físicas para la comunicación (Altura del mostrador, ordenadores, equipos, materiales, etc. encima mostrador.)	SI		Notas: Muchos papeles pegados en los vidrios del mostrador y es bastante alto.
Señalización y organización del mostrador y las colas en función del servicio que se atiende.	SI		Notas:
Exceso de señales e información	SI		Notas: Gran cantidad de papeles que informan sobre diversos tópicos.
Hay espacio para las colas		NO	Notas: Espacio reducido.
Está ordenado el mostrador		NO	Notas:
Tiene espacio para minusválidos		NO	Notas: Está dispuesto a lo alto.
Visible buzón de quejas o sugerencias, o señalización de su ubicación.		NO	Notas:

**Información-señalización.**

**Señalización en la entrada. (Plano general y directorio, indicaciones):**

Carta derechos y deberes del paciente o información similar	SI		Notas:
---	----	--	--------

Directorio visible	SI		Notas:
Directorio comprensible (terminología fácil)	SI		Notas:
Señales para personas con dificultades de movilidad		NO	Notas:
Información sobre programas y actividades del centro	SI		Notas:
Indicaciones de silencio		NO	Notas:

#### Señalización en las consultas:

Señales con N° y especialidad	SI		Notas: Con especialidades.
Nombre del Medico		NO	Notas:
Indicación en pasillo		NO	Notas:
Tablón junto a la puerta		NO	Notas:

#### Señalización en los Pasillos:

Indicaciones de dependencias	SI		Notas:
Señales seguridad (extintores, emergencia, salida)	SI		Notas: Escasos.
Todos los pasillos Mismo tipo de cartel o señal	SI		Notas: Similares

#### Señalización Seguridad:

Señales emergencia	SI		Notas: Solo una.
Señales de peligro		NO	Notas:
Carteles en extintores y mangueras visibles	SI		Notas: Pocos.

#### Señalización "No fumar":

Mayoría dependencias		NO	Notas:
Son visibles		NO	Notas:

Formato uniforme		NO	Notas:
------------------	--	----	--------

**Señalización general de las distintas dependencias (flechas, circuitos, accesos, “puertas misteriosas”, pasillos sin señalar, salidas y emergencias, servicios):**

Hay puertas sin señalar (sin cartel) (misteriosas)	SI		Notas: Varias puertas sin cartel.
Señales de salida en todo el centro.		NO	Notas:
Señales con dibujos para mejor comprensión	SI		Notas:
Pasillos sin señalar	SI		Notas:
Señales de urgencias		NO	Notas:
Señales de zonas averiadas o en obras, si las hay.	SI		Notas: Al momento de la visita el Hospital se encontraba en obras.
Exceso de señales e información	SI		Notas: Muchos carteles con diversa información para los usuarios.
Señalización corporativa en el centro	SI		Notas:

**Señalización e información informal “sui generis”.** Información no estándar, generada indistintamente por diferentes fuentes y ubicada en diversos espacios del centro. Carteles a mano, información de laboratorios, información sindical, etc.

SI	
----	--



En todas las plantas	SI		Notas:
Escasamente		NO	Notas:
Es fácil encontrársela	SI		Notas:
La información gráfica es estándar-corporativa para todo el centro.	SI		Notas:

**Circuitos para informarse (entrada, pasillos, salas espera, consultas)**

Fácil moverse en el centro	SI		Notas:
Escasa información sobre distribución del centro		NO	Notas: Hay una sobre-información y carteles que indican salas del Hospital.

ASPECTO PERSONAL	DEL	vestuario	identificación
MEDICOS		Ambo blanco y ropa informal.	Sin identificación visible.
ENFERMEROS/AS		Ambos de colores	Sin identificación visible.
CELADORES		Vestimenta informal. Sentados en el mostrador principal por calle Laprida.	Sin identificación visible.
OTROS		Guardias. Uniforme de seguridad privada.	Sin identificación visible

Fácil distinguir unos de otros	SI		Notas:
--------------------------------	----	--	--------

### Zona pediatría (niños):

Existe zona diferenciada y específica para pediatría	SI		Se encontraba cerrada al público.
Bien señalizada	SI		Notas:

### CONFORT

#### Distribución y localización del edificio del centro de salud (planta física, mobiliario):

Número de plantas		2		Notas:
Comunicación excesiva, visual y sonora entre plantas (tipo patio vecinos)	SI			Notas: Además de la gran cantidad de carteles informativos, lindante al Hospital, se encuentra la Escuela "Dr. Luis María Drago" la cual genera mucha contaminación sonora.
Independencia plantas y salas de espera	SI			Notas: Pasillo largo que separa sectores.
Distribución pasillos y salas complicada (laberíntico)	SI			Notas:
Zonas o pasillos misteriosos	SI			Notas:

#### Detalles ambientales para todo el centro (ventilación, olores, ruido, luz):

Hay luz natural suficiente	SI			Notas: Espacio abierto al interior, muy iluminado y con plantas.
Luz artificial total (todo el centro)	SI			Notas:
Zonas oscuras (poco iluminadas).	SI			Notas: Zonas de pasillos poco iluminadas
Olores desagradable		NO		Notas:
Ruido cerca de las consultas		NO		Notas:
Ruidos en el hall	SI			Notas:
Buena ventilación (ni calor ni frío).	SI			Notas:

Hilo musical		NO	Notas:
Exceso ruidos interiores		NO	Notas: Celulares sonando
Exceso ruidos exteriores	SI		Notas: Escuela lindante.

#### Limpieza y orden en general:

Horario de limpieza coincidente con usuarios		NO	Notas:
Papeles, bolsas en el suelo.	SI		Notas: En baños y pasillos.
Buen estado de pintura y conservación de paredes y suelos (no desconchones o zonas mal pintadas en la pared, suelos rotos, o manchados, etc.)		NO	Notas: Techos en mal estado. Paredes descascaradas y manchadas.
Aparatos y objetos, sillas de ruedas y/o camillas en pasillos o hall	SI		Notas: Silla de ruedas y carteles en el medio de un pasillo que obstruye el paso.
Papeleras grandes y visibles	SI		Notas:

#### Fachada y contorno del centro de salud:

Deterioro del suelo y aceras	SI		Notas: Veredas rotas. Peligro.
Limpieza entorno cercano	SI		Notas:
Deterioro de la fachada	Alto		Notas:

#### Confort, estética, decoración agradable a la vista. Salas de espera:

Hay mesas	SI		Notas:
Sillas individuales		NO	Notas:
Cuadros, póster en paredes	SI		Notas:
Revistas.		NO	Notas:
Colores suaves	SI		Notas:
Buen estado pintura		NO	Notas:
Son amplias (si hay gente pueden estar sentados, espacio para carritos, etc.)	SI		Notas:

Hay sillas rotas	SI		Notas:
Son independientes (no comparten distintas consultas)		NO	Notas:
Son ruidosas	SI		Notas: Fila de sillas unidas entre sí.
Consultas Puertas abiertas		NO	Notas:
Consultas Tablones exteriores		NO	Notas:
Consultas visibles a través ventanas		NO	Notas:
Hay plantas y flores...	SI		Notas: Gran espacio verde cuidado. Muy agradable.

#### Confort, estética, decoración hall:

Espacioso y ordenado		NO	Notas: Demasiados carteles e información que confunden al usuario.
Estado pintura de paredes		NO	Notas: Muy deteriorado.
Plantas	SI		Notas: Espacio verde cuidado.
Amplios espacios		NO	Notas: Recovecoso
Mobiliario, equipos en medio (zonas de paso)	SI		Notas: Silla de rueda. Carteles.
Amplio para colas		NO	Notas:
Sillas acompañantes	SI		Notas:
Luminoso	SI		Notas:

#### Confort, estética, decoración pasillos:

Plantas	SI		Notas: Espacio abierto
Paredes cuidadas		NO	Notas:
Luminosos	SI		Notas:
Dificultad para tránsito (carros, personas obesas)	SI		Notas:
Demasiado largos	SI		Notas: Comunica con la guardia.
Indican donde llevan	SI		Notas:

Adornos en pared		NO	Notas: Vidrio.
------------------	--	----	----------------

**Confort, estética, decoración aseos:**

Aparatos o equipos rotos o averiados	SI		Notas:
Visibles y señalizados	SI		Notas:
Para minusválidos		NO	Notas:
Acceso distinto para hombres y mujeres (aparte)	SI		Notas:
Para niños (pediatría)		NO	Notas:
Malos olores/sucios		NO	Notas:
Material necesario		NO	Notas:

**Comunicación interpersonal (trato)/ no verbal:**

**Comportamientos verbales/no verbales a observar:**

Entrar sin llamar a consultas		NO	Notas:
No atender teléfono aunque suene		NO	Notas:
Salir del mostrador con público esperando		NO	Notas:
Se observo a alguien fumar		NO	Notas:
Trato de profesionales en mostrador.			Notas: Ordenado.

## Anexo VI

Fotos del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña – Protocolo de Observación.



