

El rol de los servicios sociales en el acompañamiento de mujeres durante el proceso de interrupción legal del embarazo en un hospital público en la Provincia de Buenos Aires



Judy Rivière
judy.riviere@duke.edu

Estudiante de Salud Global de la Universidad de la Universidad de Duke de los Estados Unidos. Alumna del Programa de SIT "Salud Pública en Ambientes Urbanos" en 2016

Tutora: Nina Zamberlin

1. Introducción

Esta investigación ofrece una caracterización del rol de las trabajadoras sociales en el acceso al aborto en un contexto hospitalario específico. La salud materno-infantil es muy importante para el desarrollo y el bienestar de una población. Es sumamente representativa del estado de salud de un país. En Argentina, el aborto representa 16% de las muertes maternas (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Por muchos años, la salud de las mujeres fue considerada desde el punto de vista de la maternidad. En ese enfoque, es también importante recordar que las mujeres tienen derechos sobre su cuerpo y su salud. Por eso, aunque el aborto voluntario no sea legal, en Argentina existen condiciones en las que el aborto es no punible: para salvar a mujeres para quienes el embarazo podría ser un riesgo a la salud, y devolver la libertad a las mujeres violadas o abusadas.

WPor eso, con el fin de combatir este problema, en los últimos años hubo esfuerzos nacionales para definir una interpretación clara de la ley sobre el aborto no punible. Sin embargo, quedan

varias barreras que impiden el acceso a un proceso complejo para la interrupción legal del embarazo. Ciertos modelos permiten un acceso más holístico a la interrupción del embarazo que otros, teniendo un abordaje más amplio que una mirada biológica (Álvarez et al., 2015). Por lo tanto, se puede preguntar ¿cómo el servicio de trabajadores sociales puede favorecer el acceso a una interrupción segura del embarazo?

El objetivo general de esta investigación es ofrecer una caracterización del rol de los trabajadores sociales en el acompañamiento de mujeres en situaciones de interrupción del embarazo en un hospital en la provincia de Buenos Aires. Por eso, presenta el departamento de servicios sociales que interactúa directamente con las mujeres en estas situaciones. Más específicamente, estudia el proceso que involucra la atención y las consejerías durante la interrupción del embarazo, y cómo funcionan con respecto a las leyes existentes. También, presenta cómo la red hacia dentro y fuera del hospital influye en el proceso. Finalmente, identifica cuáles son los elementos que facilitan y debilitan el acceso a la interrupción del embarazo.

2. Marco teórico

2. 1. Definiciones

Un aborto es la interrupción de un embarazo y el término de “aborto inducido” incluye cualquier intervención destinada a la interrupción provocada de un embarazo. Para los fines de esta investigación, el término “aborto” se referirá al aborto inducido y no al aborto espontáneo. Se define el aborto como “precoz” si se hace antes de 12 semanas y “tardío” si se hace entre 12 y 22 semanas (Moris, 2014).

Se considera peligroso un aborto cuando consiste en una “intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez” (OMS, 1992).

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es el término que se usa en Argentina para referirse a un *aborto* que se hace en el contexto legal por un profesional calificado y que se registra en la historia clínica de la paciente (Álvarez et al., 2015). Finalmente, en esta investigación, el momento en que se hace la intervención para interrumpir el embarazo se refiere como “el procedimiento.”

2. 2. Marco legal

El aborto no es legal en Argentina. El artículo 85 del código penal define sanciones que pueden sumar hasta cuatro años de prisión si un aborto se hace “con consentimiento de la mujer.” El artículo 86 explica los pocos casos en los que el aborto es no punible (Ministerio de la Justicia y Derechos Humanos, 1984). El término Aborto No Punible (ANP) es entonces utilizado para referir a los casos en que un aborto se considera legal, es decir, cuando se hace una ILE. Esto implica que los profesionales que lo practican lo hagan cuando la solicitud se encuadra en las causales aceptadas. Una causal es la razón que justifica la demanda de una interrupción del embarazo en el marco legal. Según las condiciones del código penal, existen dos categorías generales de causales: la causal salud y la causal violación. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (1948). Entonces, según esta definición, la causal salud incluye aspectos biopsicosociales.

En marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina (CSJN) declaró el fallo F.A.L. Ese evento fue muy importante porque aclaró elementos que podrían haber sido interpretados erróneamente. En primer lugar, determinó que el aborto es legal para todos los casos de violación y no solo la violación de una mujer “idiota o demente.” También, estableció que, para estos casos, una mujer “no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo;” solo debe hacer una “declaración jurada mediante” (CSJN, 2012). En segundo lugar, estableció que se debían construir protocolos en todo el país para mejorar la atención en situaciones de ILE. Este mismo año en 2012, la provincia de Buenos Aires adoptó la resolución 3146/2012 del ministerio de salud de la provincia (Ministerio de Salud de la Nación, 2012). Esta resolución establece el “protocolo de atención integral de los abortos no punible” tomando en cuenta el fallo F.A.L. y usando la definición de salud que estableció la OMS.

Siguiendo las indicaciones de la CSJN, en 2015, el Ministerio de Salud de la Nación estableció el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.” Este protocolo esboza los pasos para el proceso de ILE que se deben aplicar “en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas” (Álvarez et al., 2015). Estas ins-

trucciones aseguran un aborto seguro y legal hecho por profesionales calificados en condiciones adecuadas.

En ese entonces, la provincia de Buenos Aires no adhirió al protocolo nacional de 2015. El 12 de octubre de 2016, el ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires adhirió al protocolo de ILE nacional de 2015, a través de la ministra de salud de la provincia, Zulma Ortiz, en la resolución 2095/2016 (Amnistía Internacional Argentina, 2016). Sin embargo, diez días después de eso la gobernadora de la provincia, María Eugenia Vidal, anunció que “se negó a publicar en el Boletín Oficial la resolución 2095” porque está en contra de los abortos en todos los casos y no hubo consultas suficientes con todos los miembros del gobierno antes de firmar la resolución, por lo que entonces no se promulgó la adhesión al protocolo (Lucesole, 2016). Por eso, Buenos Aires trabaja con el protocolo provincial de 2012 de la resolución 3146/2012.

2.3. Situación en la práctica

Aunque el aborto no es punible en distintas situaciones y debería estar hecho de manera segura, el aborto y sus complicaciones son la cuarta causa de muertes maternas en Argentina, representando el 16% de esas muertes en 2014 (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Esto demuestra que no hay un acceso facilitado a la ILE. También, 20% de las muertes maternas ocurren por causas indirectas, señalando que algunas mujeres con un embarazo riesgoso para su vida no saben que tienen acceso a una ILE. En un estudio del hospital Argerich, constataron que ese centro recibe muchas derivaciones porque sigue siendo difícil para las mujeres tener una ILE en ciertos hospitales o ciertas provincias en general (Moris, 2014). La dificultad de acceder al aborto es un problema específicamente para mujeres con un nivel socio-económico más bajo porque solo pueden recurrir al sistema público (López, 2014). En efecto, existen ambientes diferentes en hospitales públicos que en el sector privado. Por ejemplo, un estudio analiza el papel de los comités de bioética que existen en hospitales públicos y que influyen no solo en la decisión del hospital de hacer el aborto sino el proceso que debe seguir la mujer para recibirlo (Irrazábal, 2015).

Debido a que el acceso al aborto es tan difícil, incluso en casos en los que debería ser no punible, se hacen muchos abortos inseguros que la OMS define como realizados por “personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en

un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (Organización Mundial de la Salud, 1992). Es importante notar que esas condiciones incluyen la falta de consejería pre y post aborto adecuadas (WHO, 2011).

Es difícil tener datos reales sobre la cantidad de abortos clandestinos debido al aspecto ilegal y peligroso de esta práctica. Ciertos estudios intentan deducir este número en relación con las mujeres que son atendidas por causa de abortos, sean espontáneos o inducidos. El estudio realizado en un CAPS de la provincia de Buenos Aires indica que 56% de las mujeres interrumpió su embarazo con misoprostol¹ en su casa y que el 40% de ellas no usó una cantidad adecuada del medicamento (Dosso, 2013). La realización de abortos clandestinos no solo es debido a una falta de conocimiento de las mujeres sobre los servicios que existen, sino también debido a un temor de “la sanción moral y/o legal” por parte de las mujeres y de los profesionales (Ramos, 2008).⁸

2.4. Barreras ideológicas

Existen estudios que se concentran en la opinión de la gente sobre el status legal del aborto en Argentina. Al comparar encuestas de opinión pública con opiniones de profesionales de salud, se observa una mayor aceptación en este último grupo que en la población general (Vasquez, 2012). Por eso, algunos estudios explican la visión específica de profesionales de salud sobre el aborto. La investigación de Ramos muestra que ciertos ginecólogos y obstétricos están a favor de aumentar el acceso al aborto, pero en general no defienden esa posición de manera abierta (2008). Existe una presión en el nivel hospitalario para defender la vida del feto. Esa presión es creada en parte porque ciertos médicos hacen comentarios agresivos en la red a propósito de sus colegas que practican ANP (Moris, 2014).

En Argentina, para respetar las creencias de cada individuo, existe una “objección de conciencia.” Según el fallo de la corte suprema de 2012, “Toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible, siempre y cuando no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica.” Esto les permite a los médicos que no quieran practicar una ILE por creencias éticas o religiosas, no estar involucrados en esos procedimientos. La guía para la ILE clarifica que

¹ Medicamento que es una prostaglandina sintética utilizada para prevenir úlceras estomacal y para provocar abortos. (Miriam Webster).

en las instituciones donde se puede hacer la ILE, pero donde trabajan objetores de conciencia, deben de todos modos tener recursos humanos suficientes para cumplir con la ley y poder realizar una ILE (Romero, 2010). En todos los casos, según la OMS, “los centros de salud que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuados para realizar la interrupción deben garantizar la derivación asistida de la mujer sin retrasos para que reciba la atención integral tempranamente” (Álvarez et al., 2015). Sin embargo, eso no siempre pasa. Por ejemplo, en 2010, una chica debió salir de la provincia de Entre Ríos porque ningún hospital quería realizar la interrupción del embarazo. Eso es parecido a una objeción de conciencia institucional que está prohibida (Irrazábal, 2015). Además, Moris demuestra que ciertos médicos objetores de conciencia son hipócritas porque practican el aborto en el contexto privado y lo inscriben como otro tipo de intervención sólo para ganar dinero (2014).

Numerosos estudios muestran el papel de los actores religiosos y conservadores en el acceso al ANP. La iglesia tiene una influencia importante en Argentina. Grupos focales en el estudio de opiniones de profesionales de salud revelaron que, en efecto, la Iglesia es responsable de mucho del movimiento contra el acceso al aborto (Ramos, 2008). Como lo muestra el trabajo de Irrazábal, miembros de la Iglesia forman parte de comités de bioética en hospitales. En esa situación, tienen el mismo rol que expertos bioéticos. Sin embargo, la guía para la atención a las mujeres que quieren una ILE precisa que, en la decisión de tener un aborto en el contexto legal, las mujeres no deberían ser subyugadas a opiniones o influencias personales o religiosas (Romero, 2010). En un caso particular, un grupo religioso intervino y tuvo contacto directo con la chica embarazada. Ella decidió hacer un aborto clandestino, y al final, tuvieron que sacar su útero para salvar su vida (Irrazábal, 2015). La presencia de la Iglesia Católica influye enormemente en las posiciones y decisiones de profesionales de salud porque está presente en la política, y es difícil enfrentarse a esta “jerarquía” (López, 2014).

2. 5. Barreras institucionales

Para entender por qué hay un acceso reducido al aborto en hospitales públicos, es importante entender el proceso que siguen las mujeres que piden una ILE. La guía oficial indica que los médicos deben compartir toda la información necesaria, de manera simple, para que las mujeres puedan tomar

una decisión informada. También, establece criterios esenciales como la confidencialidad, la privacidad, la beneficencia y la no-maleficencia, que se deben respetar en toda circunstancia (Álvarez et al., 2015). Cuando ciertas mujeres llegan, ya han tomado su decisión de tener un aborto. En la particularidad de un CAPS en Buenos Aires, el 92% de ellas estaban bastante seguras en su decisión cuando llegaron al centro (Dosso, 2013). En todos los casos, teóricamente, existen consultorios pre-aborto que incluyen consejerías para informar y escuchar a las mujeres embarazadas (Álvarez et al., 2015). Dosso afirma que la consejería fue una gran ayuda para las mujeres que tuvieron la oportunidad de preguntarles a los profesionales sus dudas. De esa manera se sienten más seguras en su decisión porque obtienen de nuevo el control de su cuerpo. Sin embargo, ese CAPS parece ser un caso atípico porque hay estudios que muestran que generalmente hay una falta de infraestructura y recursos en los hospitales. En realidad, el estudio de Moris revela que hay pocos ambientes en los que las mujeres puedan recibir consejos sin agresión, aunque sea indirectamente (2014). Un médico comparte que las creencias de profesionales de la salud influyen en el cuidado que ofrecen al paciente porque existe una asimetría de poder entre el proveedor y la mujer embarazada (Moris, 2014).

Otros estudios revelan las malas condiciones que pueden afectar a la experiencia de una mujer en su trayectoria para llegar al ANP. Hay una falta de recursos para atender los casos de ANP. Aunque el hospital Argerich recibe muchos casos, no tiene una infraestructura adecuada para internar a esas pacientes (Moris, 2014). Eso, combinado con las creencias de ciertos médicos conduce a situaciones que pueden ser desalentadoras, sobre todo para embarazadas jóvenes. Teóricamente, los médicos deberían siempre ofrecer métodos para reducir el dolor de la operación (Romero, 2010). Sin embargo, una entrevistada del hospital Argerich explica que ciertos médicos no dan analgésicos porque piensan que es un proceso doloroso que las mujeres deberían sufrir.

Por último, la mayoría de los estudios toma en cuenta la perspectiva de género. Vasquez afirma que el género no influye en las creencias sobre la legalización del aborto (2012). En el hospital Argerich, solo una persona afirma que el género es un factor importante en la atención que brinda el profesional de salud, en el sentido de que las mujeres son más abiertas a los casos de ILE (Moris, 2014). No obstante, otro estudio muestra que las profesionales de salud mujeres apoyan el aborto por

razones económicas, más que los varones (Ramos, 2008). Estos resultados diversos muestran que es importante analizar el rol de género durante el análisis del ambiente de un hospital.

3. Metodología

Esta investigación es cualitativa e incluye un trabajo descriptivo y exploratorio. Caracteriza el proceso de consejería a mujeres en situaciones de ILE para entender cómo el trabajo de los servicios sociales favorece el acceso al aborto seguro para mujeres embarazadas en un hospital público de segundo nivel de atención de la provincia de Buenos Aires, para un estudio de caso. Entonces, la población objetivo son las trabajadoras sociales de este hospital, que, por alguna circunstancia particular, son todas mujeres.

Para representar el rol de los servicios sociales en la consejería durante el proceso de ILE se adquirió información primaria de profesionales que trabajan en esos servicios. Con el fin de tener una mirada compleja de las opiniones de esos varios trabajadores sociales, se realizaron entrevistas semiestructuradas. En total, se hicieron cinco entrevistas con cada una de las trabajadoras sociales del hospital. Se empezó preguntando información personal sobre las entrevistadas para contextualizar sus ideas y entender su experiencia previa y su trabajo en el hospital. Después, las entrevistas tuvieron tres ejes principales. El primero se enfocó en el modelo seguido por el equipo de ILE en el hospital. El segundo eje trató sobre los casos de ILE que reciben y del recorrido que hacen las mujeres embarazadas. El último eje se refirió a los obstáculos y facilitadores en la prestación de ILE. Para terminar, se preguntó cuáles son los desafíos más grandes del sistema y cómo podrían ser superados. Además, se hizo un trabajo de observación durante las entrevistas, así como cuando se visitó el hospital. Finalmente, para acompañar y dar contexto a la información adquirida, esta investigación usa información secundaria sobre la ILE en Argentina que sirve para entender tanto la opinión de diferentes profesionales de salud sobre el proceso del ILE, como la opinión de mujeres que pasaron por este proceso.

3.1. Consideraciones éticas

Durante este proceso, cada profesional entrevistado tuvo la libertad de elegir si quería formar parte del proceso y pudo retirarse del estudio en cualquier momento del proceso. Por

eso, antes de empezar la entrevista se dio una copia del consentimiento informado. El anonimato de todos los entrevistados se respeta en esta investigación utilizando números para las entrevistadas en vez de su nombre. Los números se pusieron al azar y no corresponden al orden en que se hicieron las entrevistas. También, se excluyó cualquier información que podría comprometer la identidad de los participantes. Igualmente, el nombre del hospital en el que se trabajó no está mencionado en este informe final.

Además, se mantuvo la confidencialidad de los participantes. Se realizaron las entrevistas una por una, con solo una entrevistadora. Cada entrevista fue grabada para hacer un análisis más profundo de los resultados. Antes de empezar se obtuvo el consentimiento de cada entrevistada para grabar la entrevista. Solo la entrevistadora tiene acceso a esas grabaciones y se usaron para el análisis de las entrevistas para responder a los objetivos de esta investigación.

Finalmente, una copia de este informe final, con la sistematización del trabajo de los servicios sociales, se envió a cada una de las entrevistadas para reciprocitar la importancia que representaron para esta investigación.

Finalmente, debido a que esta investigación se enfoca específicamente en un hospital, no da una visión completa del rol de los trabajadores sociales en el acceso al aborto. Esta investigación representa una perspectiva particular del acceso a la ILE, que no es representativa de otras instituciones de la provincia de Buenos Aires. Sin embargo, gracias a estudios previos se pudieron comparar ciertos resultados para entender qué elementos de este hospital en particular favorecen un proceso eficiente para ILE.

4. Resultados

En esta sección, se analizan las distintas entrevistas con las trabajadoras del hospital X. Los resultados están organizados según las temáticas que abordaron cada una de ellas. Para empezar, explicaron la organización del hospital. En particular, se puede analizar en más profundidad la consejería pre-aborto y el seguimiento post-aborto. También, presentaron varias descripciones de las mujeres que se presentan. Después, en general se manifestaron elementos que facilitan su trabajo y el acceso al aborto, como la comunicación fluida al dentro del equipo. Por último, identificaron diversos obstáculos en la prestación de servicios de ILE.

4. 1. La ILE en el hospital estudiado

Los servicios sociales del hospital X cuentan con cinco trabajadoras sociales. Dos de ellas tuvieron una formación especial en la atención de mujeres que piden una ILE. Hace un poco más de un año, el hospital X estableció un equipo para la atención de mujeres para la ILE. El protocolo de Nación de 2015 establece que:

Los equipos que realicen ILE deberían incluir médicos/as tocoginecólogas/os, generalistas, clínicas/os, anestesiólogas/os y pediatras; psicólogas/os; trabajadoras/es sociales; obstétricas; enfermeras/os. Asimismo, que el personal administrativo esté sensibilizado con la temática y facilite la accesibilidad de las personas. (Álvarez et al., 2015)

El equipo para la ILE del hospital X está compuesto por ginecólogas, así como dos trabajadoras sociales. Aunque dos están específicamente capacitadas, las otras trabajadoras sociales trabajan también con casos de abortos. Hacia dentro del equipo, esta repartición del trabajo facilita la atención para la ILE. Todas notaron que es importante que haya dos trabajadoras sociales que se enfoquen exclusivamente en los casos de ILE. El hecho que cada una trabaja con distintos servicios del hospital facilita una comunicación fluida. La repartición del trabajo permite tener una “vinculación con el resto de las áreas, pero es como darle un orden, una referencia.” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

La provincia de Buenos Aires no adhirió al protocolo de la Nación de 2015. Trabaja con una guía de 2012. Los servicios sociales juegan una parte esencial en la recepción de casos de ILE en el hospital. En efecto, el primer contacto de las mujeres se hace con las trabajadoras sociales. Sin embargo, las mujeres llegan de distintas maneras y áreas. Entonces, el contacto con los servicios sociales es el primer paso *formal* del proceso.

Cuando las mujeres llegan a los servicios sociales se preguntan dos variables esenciales: si tienen confirmado el embarazo y si saben la edad gestacional.³ Eso da a las trabajadoras sociales “una pauta de urgencia” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016). La Entrevistada 3 “Diría que hay un paso previo a la entrevista que tiene que ver con conocer a la persona y ver en qué situación está” (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016). Desde acá se establece una

fecha pronto para la consejería pre-aborto que se compone por una entrevista.

Durante esta consejería se abordan muchos temas esenciales para que la mujer se sienta informada y lista para la intervención. Después de la entrevista, las trabajadoras sociales hablan directamente con una ginecóloga para darle una “breve reseña de la situación.” De esa manera, se establece la fecha elegida para la atención médica. Se intenta hacer lo más pronto después de la entrevista, como dos o tres días, sobre todo para edades gestacionales avanzadas. Finalmente, después de la intervención, cada mujer se va del hospital con al menos un método anticonceptivo y se hace un seguimiento según los casos. Los profesionales de los servicios sociales trabajan con una guía de preguntas común. Esta guía fue establecida por el conjunto de las trabajadoras sociales, aunque fue encabezada por las dos especializadas en los casos de ILE.

Primero, se piden datos formales para poder contactar a las mujeres post-ILE. Esto incluye información sobre personas con quienes vive y sobre parejas actuales. También se piden elementos generales a propósito de su salud y específicamente de la atención sexual y reproductiva. Por ejemplo, si se cuida durante relaciones sexuales en general. Luego, preguntan sobre el embarazo y el trámite que hicieron: si era deseado, si se hizo un control del embarazo, si intentaron hacer un aborto casero, como llegaron al hospital y si pensaron en otras opciones como la adopción.

Dos elementos son esenciales en el procedimiento de la consejería en este hospital. Primero, las trabajadoras sociales no intentan argumentar a favor o en contra de la ILE durante la entrevista. Preguntan a las mujeres si están seguras de su decisión y pueden hablar de la opción de adopción, sin proponerlo de manera obligada. Su trabajo no es convencer o persuadir a las mujeres de algo. Segundo, no piden a las mujeres tener una justificación para su solicitud de ILE, “sino trabajas en un lugar de meritocracia, no desde el derecho” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016). Las mujeres no tienen que convencerlas de la legitimidad de su solicitud. Las trabajadoras sociales encuentran los elementos que ponen el caso al dentro de lo legal, elaborando una justificación; “un parrafito que armamos donde hay una justificación armada” y que se adjunta, con la guía, a la historia clínica de las pacientes en conjunto con el consentimiento informado firmado por la mujer (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016).

Por eso, la guía tiene una estructura que favorece la comu-

nicación entre la mujer embarazada y la trabajadora social para que esta última pueda entender la situación de manera integral y “la singularidad de lo que traen” diferentes mujeres. En este momento están en el proceso de revisar la guía. Es un trabajo en progreso que se “repiensa continuamente.” Según la Entrevistada 5, “estamos mucho mejor que en el principio, pero hay muchas cosas que tenemos que mejorar, sobre todo revisar las preguntas que estamos haciendo” para averiguar que las preguntas sean necesarias y no molesten a las mujeres. Igualmente, es mejor “que [la entrevista] sea lo más privado posible” (Entrevistada 1, comunicación personal, 2016). Así, se propone que la mujer esté sola, aunque al final es su decisión. Durante este proceso, se propone un turno con una psicóloga si la mujer siente que es necesario. Desafortunadamente, no muchas mujeres eligen esta opción porque no piensan que lo necesitan y hay todavía una estigmatización alrededor de este tema.

Durante la consejería pre-aborto, las trabajadoras sociales tienen tres funciones principales. En primer lugar, se identificó el aspecto informativo. En efecto, explican los procedimientos a las mujeres para que sepan lo que involucra el procedimiento. También, a nivel educativo, hablan con las mujeres de enfermedades de transmisión sexual, más allá del riesgo de embarazarse. Además, luchan en contra de los mitos. Por ejemplo, la Entrevistada 2 explicó que: “muchas gente todavía decía, bueno, que se cuida con que el hombre acaba afuera” o que en “el momento de lactancia pensaba que no quedaba embarazada, porque están diciendo que es un método natural anticonceptivo.” En segundo lugar, las trabajadoras sociales son el vínculo entre la población y los servicios médicos. No solo se preocupan de la comunicación entre los servicios del hospital y la comunidad, sino que permiten la fluidez de la transición entre sus servicios y lo de los médicos. Los ginecólogos no tienen mucho tiempo para dedicarse a los casos de ILE, entonces, las trabajadoras sociales presentan un caso organizado a los médicos, y actúan como “portavoces” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016).

En último lugar, las trabajadoras sociales indicaron que una carga esencial para ellas es la de *escuchar* a las mujeres, y así crear un espacio seguro en que se pueden expresar abiertamente. De esta manera, las trabajadoras sociales pueden ver en qué manera el embarazo es un riesgo para la salud de la mujer. Deben plantear que hay un aspecto emocional en este proceso. Por eso, tratan que las mujeres vengan acompañadas

a la intervención en los casos que sean posibles. Igualmente, preguntan si pudieron hablar con algún familiar sobre la ILE:

Más allá del apoyo profesional, siempre hay el aspecto familiar, emocional que cuente. Es importante. Obviamente no esté obligado [...] pero tratamos de que, si tienen la posibilidad, lo considere [...] Marca una diferencia en calidad de atención, que venga acompañada, que lo podía hablar con alguien. (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

Las mujeres reaccionan de maneras diferentes: “hay gente que tiene más angustiada, otra no. Otra viene –creo que está un poco el mecanismo de defensa– muy desafectada. Otras te hablan del ‘bebé’, otros dicen ‘esto’” Entonces, las trabajadoras sociales apoyan mujeres y proveen “calidad humana” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016). En todos casos, evitan la victimización de las mujeres. “Cuando es violación, tratamos de hacer muy breve la entrevista dejando claro que es su derecho, pero no indagamos demasiado en eso.” En general, “No hay que perder de vista que son seres humanos, son personas que están con alguna situación social, personal [...] y que llegan al hospital a veces pasando por un motón de otros lugares” (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016)

Después del procedimiento, el mismo día, las mujeres deben irse del hospital con un método anticonceptivo o un turno para poder tener uno. Por ejemplo, se propone poner un DIU², tomar una pastilla o hacer inyecciones. Además de eso, las trabajadoras sociales destacan las ventajas de la doble protección. La Entrevistada 3 lo explico como una “consejería en salud sexual y reproductiva” para la planificación familiar (Comunicación personal, 2016).

A modo de seguimiento posterior, si las mujeres tienen tiempo pueden regresar a los servicios sociales con un turno para hablar con los profesionales allá. Este seguimiento lo hacen específicamente las trabajadoras sociales responsables de casos de ILE (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016).

También, como durante la consejería pre-aborto, se propone

2 Dispositivo Intra-Uterino: “Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel” o “dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero.” Tiene una eficacia de 99% para prevenir el embarazo. (OMS).

un seguimiento con un psicólogo, sobre todo en los casos de violencia. La Entrevistada 4 lo expresó así:

Dentro de la entrevista nosotros ofrecemos el espacio terapéutico del hospital y después bueno, queda también en la paciente que decisión tomar a respecto iniciar o no un proceso terapéutico o por lo menos una consulta. Pero en algunos casos es como más insistente nuestra propuesta y sino en todos lo dejamos. (Entrevistada 4, comunicación personal, 2016)

En general la mayoría de las trabajadoras sociales dijeron que no hay un tipo particular de mujeres que vienen para pedir una ILE: “diría que es bastante heterogéneo” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016). Sin embargo, la Entrevistada 5 dijo que, por donde se ubica el hospital, en general las mujeres que vienen tienen un nivel socio-económico bajo, “con recursos económicos escasos.

Para otras mujeres, no es su primer embarazo: “Generalmente son mujeres sin pareja que no están trabajando formalmente, que tienen dos hijos o más.” (Entrevistada 5, comunicación personal, 2016) Pero para la gran mayoría es su primero aborto. El uso de la ILE como método anticonceptivo no pasa en esta comunidad. El aborto sigue siendo estigmatizado por la comunidad, entonces para las mujeres que tienen una ILE “se vive con culpa, se vive mal. Si bien se vive así el aborto [...] lo que genera angustia es el embarazo.” (Entrevistada 5, comunicación personal, 2016)

Además, vienen por un espectro de motivos muy diversos. “Lamentablemente hay varios casos de violación,” hay “proyectos que se interrumpen,” embarazos “no planificados” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016). La Entrevistada 5 dijo que “el común denominador en adolescentes es que no se sienten capacitadas para ser madre, que no se ven” y que no funciona con “lo que es proyecto de vida” (comunicación personal, 2016). Han pasado algunos casos de embarazos planificados que después se arrepienten (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016).

Finalmente, en varios casos, las mujeres que entran al hospital han intentado abortar de manera insegura e ineficaz antes de presentarse, diciendo que primero “han tomado té y hierbas,” por ejemplo (Entrevistada 5, comunicación personal, 2016).

Esto muestra que las mujeres no vienen al hospital como primer recurso. Por eso sería importante que el hospital se hiciera más conocido y aceptado, porque hay no solo un problema de difusión de los servicios, sino de estigmatización de la ILE.

4.2. Elementos facilitadores

Redes informales

Todas las trabajadoras sociales mencionaron que la mayoría de las redes que vinculan el hospital a las comunidades o las redes formadas entre los profesionales de salud son informales. El hospital X hace un trabajo transformador e innovador para la provincia de Buenos Aires. Entonces, no hay establecido un sistema único para la derivación de pacientes.

Las mujeres llegan al hospital de varias maneras. Por un lado, pueden ser derivadas por otro profesional de salud de un otro centro de salud. En ciertos casos que tienen una urgencia especial (edad gestacional avanzado, problema grave de salud...) que requiere una prudencia, se hace una derivación formal. Sin embargo, en la mayoría de casos, se hacen derivaciones informales. Por ejemplo, los trabajadores sociales que trabajan en varios centros de atención primaria de salud (CAPS) en la provincia conocen el trabajo que hace el hospital X. Por eso, llaman a una de las trabajadoras sociales del hospital para pedir un turno para una mujer que quiere una interrupción del embarazo: “Informalmente empezamos a contactarnos de trabajadores sociales a trabajadores sociales. [...] Nos conocemos de la carrera, nos conocemos de trabajar al nivel del municipio. Levante el teléfono y estamos conformando redes por el momento informal.” (Entrevistada 5, comunicación personal, 2016)

Por otro lado, mujeres pueden llegar por su propia cuenta en la demanda espontánea. En la comunidad, un número bastante elevado de mujeres tuvieron abortos, sean seguros o no. De todas maneras, se crean redes sociales informales por la información boca a boca. En la comunidad hay mujeres que tuvieron una ILE o que conocen a otras mujeres que la tuvieron. Particularmente, desde la creación del equipo de ILE del hospital, se propaga cada vez más la disponibilidad del aborto seguro en este lugar. Por eso, las mujeres se aconsejan entre ellas para dirigirse a los servicios sociales del hospital X y “hay muchos programas territoriales que trabajan en el campo, en el territorio” y que conocen este hospital.

Igualmente, hoy día existen páginas por internet donde se or-

ganizan esas redes informales. En efecto, se formaron “movimientos de mujeres” que se movilizan para educar a la comunidad y abogar por los derechos de mujeres sobre su cuerpo. Por internet, ciertas de esas mujeres se llaman “socorristas.” La Entrevistada 4 explicó:

Le preguntamos [a las mujeres] cómo conocieron, como llegaron y dijeron ‘me fijé en internet y hay una página que dice aborto, aborto con pastillas, aborto- interrupción legal del embarazo’ y bueno se fijaron allí y hay teléfonos de contacto de las que se denominan socorristas y estas mujeres les asesoran, las contienen, de esta manera virtual y en algunos casos les indican como tomar la medicación y en otros casos las derivan a los centros que sepan ellas que hacen la práctica. (Entrevistada 4, comunicación personal, 2016)

Por eso, puede alcanzar una audiencia más amplia que antes. Por eso, durante las entrevistas, las trabajadoras sociales expanden esta red informal preguntando por ejemplo a las mujeres si quieren “irse o no como agentes de salud” y “dar testimonio personal” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016).

Esas redes informales son esenciales en el trabajo que hacen las trabajadoras sociales. La trabajadora social 5 insistió que “el ingreso [de mujeres] puede ser por cualquier área del hospital inclusive por fuera” (comunicación personal, 2016). Por la cuestión de la objeción de conciencia, así como por prejuicios de la comunidad y ciertos profesionales de salud, es importante establecer suficientes comunicaciones para asegurar la llegada segura de mujeres para la ILE. Esas redes informales permiten que sea “más cuidado la derivación porque es directo al servicio social.” Eso también ahorra tiempo que es tanpreciado en los casos de abortos. Por ejemplo, si se hace un proceso de derivación formal, puede haber más obstáculos por las administraciones y comunidades involucradas.

Además, aun en casos derivados por un centro de salud, es probable que la mujer se encontrara a esos servicios de maneras informales: “siempre hay un vínculo desde lo informal para llegar” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016). Por ejemplo, “muchas vienen por conocer alguien que ya se hizo una interrupción del embarazo en este hospital que saben que

acá se las atiende” (Entrevistada 1, comunicación personal, 2016). Sin embargo, la Entrevistada 5 mencionó que “Ahora si estamos pensando en una reunión para poder formalizar esta red, sí, y tocar de avanzar en conjunto de la mejor manera posible” (comunicación personal, 2016). Por eso, se lograría mejores resultados si el proceso de derivación formal estuviera establecido por el conjunto de establecimientos de salud, que acordaran en pasos eficientes para ayudar a las mujeres.

Eficacia del trabajo

La formación del equipo interdisciplinario fue señalada por las cinco entrevistadas como un elemento esencial en el acceso a la ILE en el hospital X: “esta todo vinculado, no hay nada estático en lo social” (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016). Aunque el equipo de ILE se componga únicamente de trabajadoras sociales y ginecólogas, tienen un poder importante para la organización eficaz de su trabajo. No puede funcionar “si no hay equipo, [...] si no hay quien lo haga puntualmente, y lo haga con calidad. [...] Es importantísimo, básico.” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

En general, lo particular de las trabajadoras sociales es que “esta[n] en contacto con todos los servicios del hospital,” lo que “logre una buena intervención y eso hace al afuera que lo recomienden” (Entrevistada 1, comunicación personal, 2016). En primer lugar, trabajan en conjunto con una psicóloga del hospital que “si bien no forma parte formalmente del equipo, sí, sabe[n] que c[ue]nta[n] con ella para cualquier cuestión” (Entrevistada 5 comunicación personal, 2016).

En segundo lugar, más generalmente, los servicios sociales tienen acuerdos, a pesar de que sean informales, con otros servicios del hospital, a través de los jefes de distintos servicios. Por ejemplo, los servicios sociales tienen un vínculo con los servicios de ecografía.

Ya se habló con el jefe del servicio de diagnóstico por imagen, que hacen ecografía, y se estableció que cuando se pone “ILE” o se pone “urgente” o algún código especial, estos se hacen en el inmediato o en la brevedad la ecografía. Sobre todo, cuando hay una fecha de ultima menstruación muy incierta o cuando recuerdan que hace un montón. (Entrevistada 5, comunicación personal, 2016)

Entonces, es posible ver cómo una cooperación hospitalaria completa es necesaria para alcanzar resultados significativos en el acceso al aborto. Esta voluntad de otros miembros del hospital de trabajar en conjunto con los servicios sociales facilita mucho el trabajo. La Entrevistada 2 sugirió:

Yo pienso que tienen que ver con que es un hospital más nuevo, entonces hay médicos más jóvenes con, no por la edad sino por una formación más interdisciplinaria, que ya vienen con una predisposición, un trabajo más interdisciplinario que por ahí no pasen en otros lados. (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

Entonces, la particularidad de este hospital es que tienen profesionales en todos los servicios que trabajan para favorecer el acceso a la ILE. Para eso, si llega una mujer a la guardia, la derivan a los servicios sociales (Entrevistada 1, comunicación personal, 2016). Este trabajo en conjunto no solo hace el trabajo más eficiente, sino que brinda una “seguridad como equipo en sostener y trabajar sobre lo que uno está trabajando. Sentirse más apoyado” (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016). En efecto, el tema de la ILE cuesta mucho emocionalmente, incluso para las trabajadoras sociales.

Voluntad por parte de los profesionales

En este hospital, el ambiente es muy excepcional para la provincia de Buenos Aires. En particular, en los servicios sociales, “lo que sí fue un facilitador es que todas las integrantes del equipo [están] convencidas” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016) del derecho a la ILE, lo que no es el caso en otras instituciones. Hay pocos casos que no entran en las causales violación o salud. La Entrevistada 5 explicó que en un caso llegó “una mujer con un embarazo muy avanzado y como el protocolo no establece edad de gestacional estaba muy avanzado y dijeron que ‘no’ los médicos” (comunicación personal, 2016). Pues, en los casos en que el aborto sería más peligroso que benéfico para la mujer, los médicos pueden negar la práctica. Sin embargo, eso fue el solo caso rechazado que mencionaron. En general, están “de acuerdo en trabajar sobre el acceso al derecho a las mujeres” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016).

Esta voluntad tiene que ver con la capacitación de los profesio-

sionales. Esto les permite “tener sustento teórico” y ver “la problemática social más allá de la dolencia física y la mirada biológica” (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016). Esto, les da sustancia para una motivación para llevar adelante los derechos de las mujeres. “siempre se puede mejorar así que espero hacerlo, aspiro a eso” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

Gracias a estos elementos, trabajaron desde lo legal para “no poner en problemas obviamente, ni a la persona que se lo hace, ni a nosotras, como profesionales de la salud.” Por eso, trabajan todas para saber “cómo hacer una buena argumentación” porque se considera que “cualquier mujer que viene a pedirlo tiene derecho” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016). Una vez que los servicios sociales y de ginecología expresen sus posicionamientos sobre la ILE desde lo legal, “otros servicios se van sumando” (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016).

4.3. Elementos obstaculizadores

Intervención de las familias

Hubo situaciones en las cuales las familias intervinieron en el proceso de ILE, y la decisión de las mujeres de tener el procedimiento. En algunos casos, familias presionan mujeres tener la ILE. “La preferencia es que este sola por una cuestión de evaluar que es la autonomía en la decisión.” (Entrevistada 5, comunicación personal, 2016) Aunque todas reconocieron que la mayoría de las mujeres llegan con una decisión bastante tomada de tener la ILE, en casos de personas más jóvenes, la Entrevistada 4 dijo que: “hay muchas familias con mucho enojo porque después de la entrevista [las mujeres] cambiaron de opinión o, digamos, venían con la opinión de los adultos no con la decisión del adolescente. Nosotros tratamos de hacer valer la palabra de la adolescente.” (comunicación personal, 2016) Por ejemplo, siguió explicando que han tenido “chicas que se han puesto a llorar: ‘no, yo no quiero, no quiero’ todo esto. Entonces, ‘¿por qué estas acá?’ y bueno de allí notamos que hay una cuestión de presión.” Acá, las trabajadoras sociales tienen un rol muy importante de consolidar los deseos de las adolescentes o mujeres presionadas con las expectativas de la familia. En efecto, la Entrevistada 4 explicó, “hablamos con los adultos y allí tratamos de destrabar un poco estos conflictos que aparecen, al nivel familiar” (comunicación personal, 2016).

En otros casos, y en la mayoría de casos, al contrario, hay un rechazo de la ILE por la comunidad. Esos sentimientos no solo se reflejan en las familias sino también en las mujeres mismas. Las creencias de una comunidad pueden realmente afectar el proceso de acceso al aborto para las mujeres. Por ejemplo, hubo un caso en que una mujer vino sin familia y no quería estar acompañada el día del procedimiento porque no había compartido con nadie su decisión de tener una ILE. No obstante, es requerido tener un acompañante porque la anestesia puede marear. En este caso, la trabajadora social 2 destacó la importancia de trabajar con la solidaridad de la comunidad.

Siempre generamos estrategias. Creo que fue el mes pasado una señora que vino me dijo ‘yo no le quiero contar a nadie. No le tengo a nadie para traer porque no le voy a decir a nadie.’ Venía de lejos, era extranjera [...] me dice más, ‘la única persona con la que puedo contar lo voy a dejar a mi hija cuando vengo a internarme, entonces no puedo.’ Bueno, el tema era que obviamente, yo entendía que el aspecto médico me planteaba que era riesgoso que se vaya, más allá de que sea local [...] Entonces, dije bueno ‘déjame pensar’ y atiendo otra mujer que estaba más o menos en la misma situación. Y se me ocurra plantear si se querían acompañar. ¡Y resultado, sí! Funcionó. (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

Existe una solidaridad entre las mujeres en situaciones de ILE. Acá, se puede notar que las trabajadoras sociales tienen que trabajar con los recursos disponibles, con estrategias que pueden ser informales. Tienen un rol importante en la realización logística del proceso de ILE. Entonces, las trabajadoras sociales lo que dicen “es que la decisión sea autónoma de la mujer y no que este influenciada o por parental, o por familia directa, o por amigos o por quien sea.” (Entrevistada 5, comunicación personal, 2016)

Estigmatización de la práctica

En general, las trabajadoras sociales observaron una falta de información en muchos niveles por parte de las mujeres como por parte de profesionales, influidas por la comunidad y el go-

bierno. La comunidad juega un papel en el proceso de ILE. Es imposible mirar los casos sin tomar en cuenta la situación familiar, económica y social de cada mujer.

Algunas de las entrevistadas notaron que existe una falta de conocimiento sobre la ILE en la sociedad que conduce a un rechazo de esta práctica en muchas comunidades. En general ese clima social negativo crea una estigmatización del procedimiento. Si una persona no está en contra de la ILE es al menos un tema sobre el cual no quiere opinar. En efecto, dos de las trabajadoras sociales cuando se les preguntó sobre sus opiniones, dijeron que no siempre tuvieron creencias abiertas sobre el aborto, como lo mencionó la Entrevistada 4:

No sé si tenía una idea formada [sobre la ILE]. Creo que tenía desconocimiento. Eso fue a partir de ir capacitando médicos, de estar en contacto, estar en el área de salud que uno va incorporando otros elementos y conocimiento— información; y a partir de eso que lo fui entendiendo al tema, pero creo que ni me lo planteaba en otro momento. Después no tenía una postura contra o a favor; no estaba presente. (Entrevistada 4, comunicación personal, 2016)

Eso muestra que incluso en ciertos profesionales, si no tuvieron una capacitación especial, no necesariamente saben lo que representa el aborto o lo que piensan realmente a propósito de esta práctica: “No es un individual, sino que es una persona también que se vincula con el entorno social hay otras instituciones como la Iglesia” (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016). Instituciones como la Iglesia pueden realmente influir los pensamientos de personas y poner una presión sobre mujeres para no tener un aborto. Entonces, instituciones en contra del aborto, el posicionamiento ambiguo del gobierno sobre el tema, así como los prejuicios mantenidos por falta de información, conducen a una sociedad que rechaza la ILE. Primero, muchas mujeres no son jóvenes o tienen una falta de educación, sobre todo en términos de la ley sobre el aborto. Entonces, no conocen sus derechos. También, resulta interesante notar que las mujeres no vienen con dudas sobre su decisión sino sobre el procedimiento del aborto en términos del peligro que podría representar para su salud. Aunque más información está disponible por internet ahora, “es un arma

doble filo porque es información también que es poco clara.” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016) En estos casos las trabajadoras sociales tienen un rol esencial. Por ejemplo, si una mujer viene, necesita una ecografía para confirmar su embarazo, los servicios sociales piden un turno en un CAPS público señalando a la mujer que debe volver cuando el análisis esté hecho. Es importante ser claros porque en algunos casos las mujeres podrían pensar que el hospital está rechazando su solicitud obligándoles a tener un aborto clandestino. Además, este desconocimiento puede crear una brecha entre los deseos de la mujer y sus acciones. La Entrevistada 2 contó:

No me tocó a mí, pero una entrevistada de una compañera le dijo que cree que era un “asesinato,” pero a pesar de eso venía solicitar [la ILE]. Entonces, hay que hablar que pasa con esto, saber que es una situación. Más que allá nuestro rol no es contaminar la decisión, pero sí que sea lo más claro y que sea una decisión que no tiene marcha atrás. Y si vos vas a cargar con un asesinato en tu espalda, es como fuerte. (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

En esos casos, las creencias de las mujeres pueden tener malas repercusiones psicológicas, entonces hay que hablar con ellas y “el momento es ahora.” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016) La cuestión de la interrupción del embarazo está todavía asociada a la clandestinidad, entonces es importante destacar el término de ILE en que figura la palabra “legal.”

Resistencia de los profesionales

Las creencias de los profesionales influyen completamente la experiencia que tienen las mujeres en situaciones de ILE. Aun en el área de obstetricia, donde las profesionales trabajan en junto a ginecólogos, hay profesionales que no tienen una opinión clara. Eso, aunque pueda parecer insignificante, crea un ambiente poco acogedor para las mujeres en situaciones de ILE, sobre todo si no existe un equipo tan formado como en el hospital X.

En este hospital, no parece tan prevalente la objeción de conciencia como en otras instituciones. Aun eso, se siente la oposición en algunos médicos. “Por ejemplo, de ecografía nos ha

pasado que nos mostraba la ecografía y nos dice ‘¿cómo puedes? Eso no se puede hacer.’ Hay que trabajar para que eso no suceda, o para que no le repregunten.” (Entrevistada 3, comunicación personal, 2016). Sin embargo, en este hospital, saben que eso puede pasar entonces intentan evitar estas situaciones, capacitando a los médicos y trabajando con los que están a favor de la ILE.

4.4 Barreras físicas

Finalmente, existen varias barreras por cuestiones de espacio. En primer lugar, no existe un espacio específico en que se traten casos de ILE. Entonces, se comparten con otros casos. Un elemento revelador es que no hay un espacio dedicado al procedimiento de ILE. En cambio, se hacen en la sala de partos. Igualmente, cuando una mujer está internada, se queda con las mujeres en los servicios de obstetricia, donde ciertas tienen sus bebés.

También, un caso específico reveló que la dificultad de manejarse en el espacio concreto del hospital puede representar “espacios simbólicos” que “no son detalles menores.”

Una mujer me dice: “mira estoy dando un montón de vueltas acá porque no sabía dónde ir puntualmente y tampoco quien preguntar porque no es fácil decir ‘sí, disculpa, ¿por un aborto?’” No. ¿A quien le te animas preguntar? Porque allí va estar la mirada del otro generalmente cuestionando. [...] Finalmente, preguntó con mucha vergüenza y la mandaron a maternidad. Terminó, así como tragicómico. Obviamente, se acercan a maternidad un pasillo con lo primer que escuchan es un montón de llantos de bebés, médico que está en otra situación, atendiendo. (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

Por eso, hay una falta de accesibilidad básica en el hospital. En efecto, no es necesariamente obvio dirigirse a los servicios sociales para pedir una ILE: “el hospital es una institución grande con un montón [...] de puertas, con carteles...Entonces, del hospital, ‘¿a dónde voy a preguntar?’” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

Por lo tanto, para intentar combatir este problema, las trabajadoras sociales empezaron a pensar en el primer paso que es “hacerse visible” para que el proceso sea “más personalizado, más amigable.” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016) Para eso, explicó que empezaron a poner carteles y desarrollar su presencia por internet. Sin embargo, en general hay una falta de espacio para atender correctamente a todos los casos de ILE. La Entrevistada 4 dijo que un consultorio interdisciplinario específico facilitaría un montón la atención, pero que tendrían que extender el trabajo del hospital X para empezar:

“[el trabajo de ILE del hospital X] puede replicarse en otros espacios. No está en otros espacios. Nos genera más demanda y mayor presión en la posibilidad de atención a todos lo que la necesitan. Tenemos una cantidad importante de mujer que se acerca. O sea, creo que allí estaría el desafío—: que esto puede ser más replicado en otros espacios y a la vez tener espacios específicos de atención.” (Entrevistada 4, comunicación personal, 2016)

Barreras de tiempo

Un elemento que impide un acceso fácil a la ILE, así como un procedimiento complejo es la falta de tiempo por parte de profesionales. Las trabajadoras sociales tienen muchas otras cosas que hacer, pero ayuda que haya dos que se enfoquen en la ILE. Aun así, no están siempre presentes y el número elevado de demanda espontánea hace que haya una demanda excesiva para los recursos del hospital. En efecto, las médicas no se dedican completamente a la ILE. Los casos surgen y deben ser arreglados rápidamente, entonces, “todavía está la mirada de ‘esto se me agregó a lo que venía haciendo’” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016).

Además, la demanda está todavía aumentando. El hospital X recibe muchas derivaciones porque se hacen ILE más tardes que en otros hospitales: “Tanto en el servicio ginecología como con el servicio social estamos atendiendo otras situaciones constantemente y sabemos que este tema requiere una atención, y un tiempo especial que a veces no contamos” (Entrevistada 4, comunicación personal, 2016) Precisa además que esta falta de tiempo es aún peor en otros servicios que no forman parte del equipo de ILE. En efecto, incorporar a los

servicios de psicología “está resultando un poco difícil porque como ellos atienden a mucha gente —tienen mucha demanda desde la internación y desde la demanda espontánea también de la población— resulta difícil incorporar alguien al equipo.” (Entrevistada 4, comunicación personal, 2016). Entonces, la creación de un equipo de profesionales más extendida que se dedique a la ILE les daría más tiempo a todos para atender de manera completa.

La falta de tiempo existe también para las mujeres. Por ejemplo, algunas no pueden venir al hospital en ciertos momentos por causa del trabajo o de la familia. No obstante, en estos casos La Entrevistada 2 advirtió que hay que:

Sensibilizar en el tema y entender que hay una indisposición del cuerpo, [...] generar ciertos criterios de compromiso que tiene que haber cierta voluntad allí poner el tiempo, que no es venir a cortar su aonia, entonces, bueno que también este comprometido y que haya una conexión con lo que va hacer (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016)

En todos los casos, para combatir las barreras de tiempo, como primer paso, el trabajo de ILE debería extenderse a otras instituciones. Eso ayudaría por un lado con las mujeres que deben ser derivadas de lejos, y, por otro lado, permitiera una atención más completa. “El circuito dentro del hospital, un procedimiento que está, como, establecido, entonces hace que se agilizan los tiempos.” Ahora que el hospital X tiene un sistema bastante eficaz, pueden “salir a replicarlo” (Entrevistada 2, comunicación personal, 2016).

5. Conclusión

En el hospital X, debido a que el equipo es nuevo y tiene un número reducido de profesionales, los servicios sociales tienen un rol fundamental. En efecto, actúan como consejería para las mujeres además de ayudarlas en el nivel emocional. Por eso, es esencial para los servicios sociales trabajen en conjunto con los otros. Esto, no solo en el nivel hospitalario, sino en el nivel de la comunidad. Aunque tienen un modelo que funciona, necesitan la cooperación de otras instituciones para llevar adelante el derecho de las mujeres de tener una ILE. Pueden

sensibilizar a otros profesionales, porque son el vínculo esencial entre aspectos biológicos de la salud y una mirada social. Las barreras identificadas no les parecieron insuperables. Esencialmente, tienen que ver con las presiones sociales e ideológicas mantenidas por la sociedad que se reflejan a través de las mujeres y de los profesionales. Esas barreras empiezan ya a estar resaltadas por el trabajo del equipo de ILE. En efecto, los profesionales capacitados favorecen un ambiente hospitalario cooperativo no solo por el trabajo en conjunto con otros profesionales, sino también por la búsqueda del mejoramiento constante del rol de los servicios sociales. Ahora tienen una

base sólida sobre el procedimiento de ILE, entonces deben seguir incorporando a las mujeres en la lucha para sus derechos. En conclusión, las trabajadoras sociales tienen una mirada bastante optimista del progreso que hicieron desde la formación del equipo hace un poco más de un año. Ahora que el protocolo se va estableciendo hacia dentro del hospital, empiezan a fortalecer su lucha y su alcance en la comunidad y vinculan proyectos de derechos sexuales y reproductivos que empoderan a las mujeres. Esos esfuerzos podrán tener buenos resultados para mejorar las redes informales y empezar a establecer comunicaciones más formales y eficientes con otros centros de salud.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, A., Cattáneo, V., Musacchio, O., & Provenzano, B. (2015, Abril). Protocolo Para La Atención Integral De Las Personas Con Derecho a La Interrupción Legal Del Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de Nación.
- Amnistía Internacional Argentina; (2016, octubre 27). REF. Protocolo ILE – Resolución 2095/2016.
- Briozzo, Leonel; Labandera, Ana; Gorgoroso, Mónica; Pons, José; (2007). «Iniciativas Sanitarias»: Una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo. Capítulo 1.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación; (2012, Marzo 13). F., A. L. s/ medida autosatisfactiva. Centro de Información Judicial.
- Dosso, D. (2013, Diciembre 13). Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. *Perspectivas Bioéticas*, 34, 75-93.
- Ganatra, B., Tunçalp, Ö., Johnston, H., Johnson Jr, B. R., Gülmezoglu, A., & Temmerman, M. (2014, March). Del concepto a la medición: La aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*.
- Ipas; (2016). Salud. Acceso. Derecho. Quiénes somos.
- Irrazábal, María Gabriela; (2015). LA RELIGIÓN EN LAS DECISIONES SOBRE ABORTO NO PUNIBLE EN LA ARGENTINA. *Revista Estudios Feministas*, Septiembre-Diciembre, 735-759.
- López E; (2014). Aborto inducido: ¿ignorancia o negación de una tragedia? *Salud Colectiva*, 10(2):153-156.
- Lucese María José; (2016, 26 octubre). Buenos Aires no adherirá al protocolo nacional de interrupción del embarazo. *La Nación*.
- Ministerio de la Justicia y Derechos Humanos; (1984). Código Penal de la Nación Argentina. Libro Segundo de los delitos, Delitos contra la persona, Artículos 85 y 86.
- Ministerio de Salud de la Nación; (2012, 16julio). Protocolo de Atención Integral de los Abortos No Punible. Resolución 3146/2012.
- Ministerio de Salud de la Nación; (2014, diciembre). Estadísticas Vitales – Información Básica año 2013.
- Moris, María Felicitas; (2014). Acceso a abortos no punibles en el Hospital Argerich. Estrategias de intervención del Servicio de Adolescencia para hacer efectivo ese derecho. Instituto por la igualdad y la democracia.
- Organización Mundial de la Salud (1992). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5).
- Organización Mundial de la Salud; (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Ramos, Silvina; Gogna, Mónica; Szulik, Dalia; Petracci, Mónica; Romero, Mariana; (2008). Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. *Salud Pública de México*, Enero-Febrero, 32-39.
- Romero, Mariana; Bergallo, Paola (2010). Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Vasquez, Daniela; Das Neves, Andrea; Golubicki, José; Di Marco, Ingrid; Loudet, Cecilia; Roberti, Javier; Palacios-Jaraquemada, Jose; Basualdo, Natalia; Varaglia, Ruben; Vidal, Laura; (2012). Critical care providers' opinion on unsafe abortion in Argentina. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.
- World Health Organization. (2011). Unsafe abortion Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 (Sixth edition). WHO.
- Zamberlin, Nina; (2012, febrero). Guía de procedimiento para la atención de mujeres en situación de embarazo no planificado. FUSA.