

## **Prefigurando el aborto legal en una salita de salud comunitaria en la Ciudad de Buenos Aires: resultados del acompañamiento a mujeres durante 2014<sup>1</sup>**

Lucila Szwarc

CEDES – Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.

[luli105@hotmail.com](mailto:luli105@hotmail.com)

Feminismo – aborto – derechos.

### **Resumen**

La Mestiza es un colectivo de salud comunitaria orientado a la promoción y prevención de la salud en el barrio de Mataderos, en la Ciudad de Buenos Aires. Trabajamos con una fuerte perspectiva de género que busca promover la autonomía de mujeres y varones, derribando estereotipos estancos y potenciando sus propios saberes y experiencias en el cuidado y la promoción de su salud y la de sus entornos.

Desde Socorristas en Red, en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, acompañamos a las mujeres en todo el proceso de aborto que va desde la toma de decisión hasta la confirmación del aborto y la utilización de un método anticonceptivo, si la mujer lo desea. Nuestro objetivo no es llenar el vacío que deja el Estado brindando un servicio a las mujeres sino prefigurar prácticas, saberes y experiencias con la mira puesta en la legalización jurídica y en la legitimación social del aborto. A través de redes y articulaciones con trabajadores de la salud, abogadas, ONGs, funcionarias públicas y militantes feministas, buscamos difundir información actualizada y confiable y mejorar los conocimientos sobre los métodos abortivos y sobre el marco jurídico actual. Entendemos que el contexto jurídico argentino es favorable en tanto el acceso al aborto es un derecho

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en las Jornadas de Debate Feminista, organizadas por Cotidiano Mujer, la Red Temática de Género de la Udelar, el Programa de Género y Cultura de FLACSO Uruguay, y el Grupo de Trabajo CLACSO. Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, 20-22 de julio de 2015.

constitucional reconocido por la Corte Suprema de Justicia la Nación y por el Código Penal en caso de “peligro para la salud”, entendiéndola de manera integral.

Durante 2014, sistematizamos la información de 68 acompañamientos realizados a mujeres. Poniendo en discusión los estereotipos habitualmente difundidos sobre las mujeres que abortan, encontramos que el 91% de las mujeres acompañadas eran mayores de edad al momento de realizarse el aborto, un 84% utilizaba un método anticonceptivo con regularidad y un 55% tenía al menos un hijo o hija. El 60% de las mujeres tenía una actividad laboral remunerada y un 54% contaba con obra social o medicina prepaga. Con respecto al mayor nivel de escolaridad alcanzado, el 69% había cursado la secundaria completa o más. Los datos presentados resultan fundamentales para contribuir al conocimiento y desarrollar políticas públicas que mejoren el acceso al aborto en la Argentina. A su vez, se trata de nuevos saberes que nos ayudan a pensarnos en este proceso de prefigurar un aborto legal y socialmente legítimo en nuestro país y en nuestra región.

## **Salud comunitaria y popular**

La Mestiza es un colectivo de salud comunitaria que busca articular desde lo territorial la prevención y promoción de la salud y el abordaje de género. Como militantes del movimiento popular Seamos Libres, nuestras experiencias de militancia en territorio, en educación popular, con actividades culturales en los barrios junto a las comunidades, en las escuelas y universidades, nos fueron planteando demandas que exigían un abordaje específico. Así fue cómo surgió La Mestiza, un espacio en la zona sur de la Ciudad, en el barrio de Mataderos, cercano al límite con la provincia de Buenos Aires, donde pudieran desarrollarse no solamente servicios y atención sanitaria sino también actividades con y para los vecinos, problematizando las formas tradicionales de abordar la salud, y proponiendo nuevos enfoques. Entendemos que la salud comunitaria requiere de un abordaje integral, horizontal, que recupere los saberes de las personas así como sus contextos y trayectorias, y promueva su participación en el control de la misma (OPS, 1996). Desde La Mestiza, promovemos el empoderamiento y la organización buscando intervenir con dispositivos concretos (talleres, jornadas de atención, consejerías) y exigiendo el cumplimiento de nuestros derechos en todos los servicios de salud.

El marco legal y normativo argentino vela por los derechos de los pacientes y entiende a la salud como un “estado de completo bienestar psicosocial” (OPS, 1946), priorizando un abordaje interdisciplinario desde la atención primaria de la salud (Ley 26.529, 2009; Ley 26.657, 2010). Sin embargo, la brecha vigente entre las normas y su aplicación nos lleva a organizarnos, capacitarnos y luchar por la implementación efectiva de modelos alternativos de atención de la salud. En términos de derechos sexuales y (no) reproductivos, si bien contamos con un marco legal favorable seguimos disputando el acceso efectivo a los abortos no punibles y el respeto de los derechos de las mujeres en todos los servicios de salud.

## Interpretaciones cruzadas

En Argentina, desde 1921 el Código Penal establece el aborto como delito contra la vida y la persona considerando dos causales de no punibilidad (Código Penal, Artículo 86):

*“1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*

*2º 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.”*

Si bien durante décadas se plantearon discusiones en torno a la interpretación y los alcances de las causales de no punibilidad del aborto (Observatorio Argentino de Bioética, 2006), en el año 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el famoso fallo conocido como "F., A. L. s/ medida autosatisfactiva" establece que el derecho al aborto en Argentina es un derecho constitucional, en consonancia con los tratados, pactos y convenciones de derechos humanos que desde 1994 integran el ordenamiento jurídico constitucional.<sup>2</sup> En este sentido, la CSJN establece que toda mujer cuyo embarazo sea producto de una violación tiene derecho a acceder un aborto, en tanto se trata de casos particulares de la hipótesis general de peligro para la salud de la gestante. En síntesis, se establece un reconocimiento prioritario de la vida, la salud y la dignidad de la mujer con respecto de la vida del feto.

---

<sup>2</sup> Constitución Nacional. Artículo 75, Inciso 22, Constitución Nacional. Constitución Nacional, artículo 16; Declaración Americana de los Derechos Deberes del Hombre, artículo 2º; Declaración Universal de Derechos Humanos, artículos 2º 7º; Pacto Internacional de Derechos Civiles Políticos, artículos 2.1 y 26; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales Culturales, artículos 2º y 3º; Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículos 1.1 y 24; además de los tratados destinados la materia en campos específicos: Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, especialmente artículos 2º, 3º y 5º a 16º, Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 2º; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar Erradicar la Violencia contra la Mujer, artículos 4.f y 6.a).

En nuestro país, como mencionamos, rige la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1946). Asimismo, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que las personas tenemos derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Desde este enfoque de salud integral, entendemos que todo embarazo no deseado/buscado pone en riesgo la salud de la mujer, es decir, su *completo bienestar físico, mental y social* sometiéndola a situaciones de angustia, ansiedad y stress emocional, modificando su proyecto de vida individual, familiar, laboral y colectivo, y exponiéndola a los riesgos físicos y psíquicos de un embarazo no deseado y de un posible aborto clandestino (González Vélez, 2011).

En consonancia con el marco legal y desde las experiencias de trabajo de profesionales de la salud y de programas de diversas provincias, entendemos que resulta urgente garantizar el derecho de todas las mujeres a un aborto practicado en o monitoreado desde el sistema de salud. Sin embargo, el acceso de las mujeres a un aborto seguro en los casos en que es legal y a una atención post aborto de calidad, en respeto de sus derechos básicos a la salud, confidencialidad y buenos tratos, son vulnerados a diario. En primer lugar, sólo ocho jurisdicciones a nivel nacional poseen protocolos que se corresponden con lo establecido por la CSJN. Nueve jurisdicciones no disponen de protocolos y las últimas ocho regulan los permisos incorporando requisitos no contemplados en el fallo de la CSJN que podrían obstaculizar el acceso al aborto no punible (ANP) (ADC, 2015). Recientemente, el Ministerio de Salud de la Nación ha elaborado el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” (Ministerio de Salud, 2015) que reglamenta el acceso a los abortos legales en consonancia con el fallo F.,A.L. y los tratados de derechos humanos con rango constitucional, pero no se han tomado medidas para que cuente con resolución ministerial ni para garantizar su implementación. De manera corriente en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y en todo el país, se obstaculiza el acceso de las mujeres argumentando cantidad de semanas de

embarazo, la necesidad de una denuncia policial ante una situación de violación o el recurso a la objeción de conciencia. Las barreras impuestas empujan a las mujeres acudir a prácticas clandestinas inseguras, que si bien han disminuido en riesgos gracias a la disponibilidad y a la información sobre el uso del misoprostol, siguen manteniendo al aborto en las sombras, forzando a las mujeres a conseguir el medicamento a como dé lugar, exponiéndolas a riesgos innecesarios e impidiendo que aquellas que transcurren un embarazo en el segundo trimestre aborten de manera segura.

En este contexto, conformamos el equipo de Consejería Pre y Post Aborto dentro de La Mestiza en Seamos Libres, y nos sumamos a los acuerdos y proyecciones establecidos por Socorristas en Red, con el objetivo de garantizar abortos más seguros, brindar y difundir información sobre los usos seguros del misoprostol, desestigamatar el aborto a nivel social y luchar por su legalización.

### **Parteras de nuevos feminismos**

Históricamente, las mujeres nos hemos organizado transmitiendo información y acompañándonos, construyendo saberes propios, ajenos a los de la corporación médica, en torno a los distintos momentos de nuestro ciclo reproductivo. La penalización del aborto en países como Francia, Italia y Estados Unidos, fomentó la conformación de grupos feministas que se organizaban para practicar abortos seguros, buscando a su vez construir vínculos solidarios y emancipatorios en torno a nuevos saberes (BWHC, 1970; Gerber Fried, 1990; Pavard, 2012). En América Latina, experiencias similares comenzaron a surgir con la disponibilidad del misoprostol en la región, un fármaco recomendado por la Organización Mundial de la Salud para el aborto en la casa,<sup>3</sup> primero a través de líneas telefónicas y la

---

<sup>3</sup> La Organización Mundial de la Salud recomienda el aborto con misoprostol en la casa de la mujer como un método seguro y efectivo para aquellos países donde no está disponible la mifepristona, siendo la combinación del mifepristona con misoprostol la más recomendada para el aborto con medicamentos (OMS, 2012).

difusión vía internet, luego con el surgimiento de organizaciones que acompañamos a las mujeres a lo largo del proceso de aborto.<sup>4</sup>

Cómo Socorristas en Red (feministas que abortamos) nos reconocemos en estas genealogías. Somos una articulación feminista a nivel nacional de organizaciones y colectivos que acompañamos a las mujeres en situación de aborto, presencial y telefónicamente, desde la toma de decisión hasta la confirmación de la finalización de la práctica. El acompañamiento apunta a romper con la soledad a la que son condenadas las mujeres por la clandestinización del aborto, construyendo en su lugar vínculos sororos centrados en la decisión y el empoderamiento. Buscamos romper con “la intemperie” a la que nos somete la prohibición legal y simbólica de la práctica abortiva (Chaneton y Vacarezza, 2011). A su vez, intervenimos en la escena pública, entendiendo que la sistematización de datos sobre las mujeres que acompañamos contribuye a romper mitos naturalizados. Con este objetivo, participamos de encuentros, discusiones y capacitaciones junto con organizaciones militantes, académicas, universitarias y de profesionales y trabajadores de la salud. Esta última articulación es uno de los ejes centrales de nuestro trabajo. Nos vinculamos con equipos de salud, con aquellos y aquellas profesionales “amigables” y con los y las que precisan herramientas para garantizar el acceso a los abortos legales. Buscamos quebrar la desinformación sobre el tema que rige desde la facultad de medicina, durante las residencias y en los servicios de salud, y visibilizar a aquellos y aquellas trabajadores que día a día luchan en los centros de salud y hospitales por garantizar nuestros derechos.

El “acompañamiento” a las mujeres comienza con una llamada telefónica a nuestra línea “Simona” en la que le explicamos que el primer paso es la realización de una ecografía, pensando en conjunto posibles centros de atención dónde realizarla. Conversamos sobre el misoprostol y sobre la seguridad y la efectividad de su uso y pautamos un encuentro cara a cara en La Mestiza. Durante este encuentro,

---

<sup>4</sup> Un de las primeras experiencias en Argentina y en América Latina es la de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto que elaboraron el Manual *¿Cómo hacerse un aborto con pastillas?* (2012).

presentamos nuestro espacio y nuestra lucha por el aborto legal, dialogamos sobre la decisión y las posibles dudas de la mujer, buscamos identificar si hubiera presiones o violencia por parte de su familia o (ex) pareja, y analizamos en conjunto la información sobre usos recomendados del misoprostol. Les proponemos a las mujeres imaginar el escenario en que se desarrollará el aborto, a qué hora y dónde será, quién la acompañará, a qué guardia podría acudir en caso de ser necesario, cuál será la vía elegida y los medicamentos necesarios para cada caso. En este encuentro, les solicitamos a las mujeres su consentimiento para realizar una breve encuesta y les pedimos que se comuniquen con nosotras cuando comiencen a utilizar las pastillas. Por último, mencionamos la importancia de la ecografía después de una semana a diez días de realizado el procedimiento y las invitamos a llamarnos o a acudir a La Mestiza para un control post-aborto, en el que incluimos una consejería integral y entrega de métodos anticonceptivos.

No entendemos las consejerías como una política de “Reducción de riesgos del aborto inseguro” sino como un medio para luchar y garantizar abortos seguros en el presente y en el futuro, prefiguramos en la actualidad el aborto legal y socialmente legítimo. Mientras construimos redes dentro del movimiento feminista, con movimientos sociales y partidos políticos, profesionales y efectores de la salud y funcionarios públicos, consideramos urgente y necesario acompañar a las mujeres que abortan, para quitar al aborto del ámbito privado, de la ilegalidad, clandestinidad, riesgos y desolación que le están socialmente asignados para construir relaciones sororales con las mujeres y ubicar la práctica del aborto en un lugar de visibilidad, legitimidad, respuesta colectiva, autonomía y empoderamiento.

### **Mujeres que acompañamos durante 2014**

Como parte de Socorristas en Red uno de nuestros objetivos es producir evidencia sobre quiénes son las mujeres que abortan acompañadas, generando sistematizaciones en cada uno de los territorios dónde se llevan a cabo las consejerías. Con este objetivo, entre los meses de mayo a diciembre de 2014 utilizamos un protocolo para conocer algunas características de las mujeres que



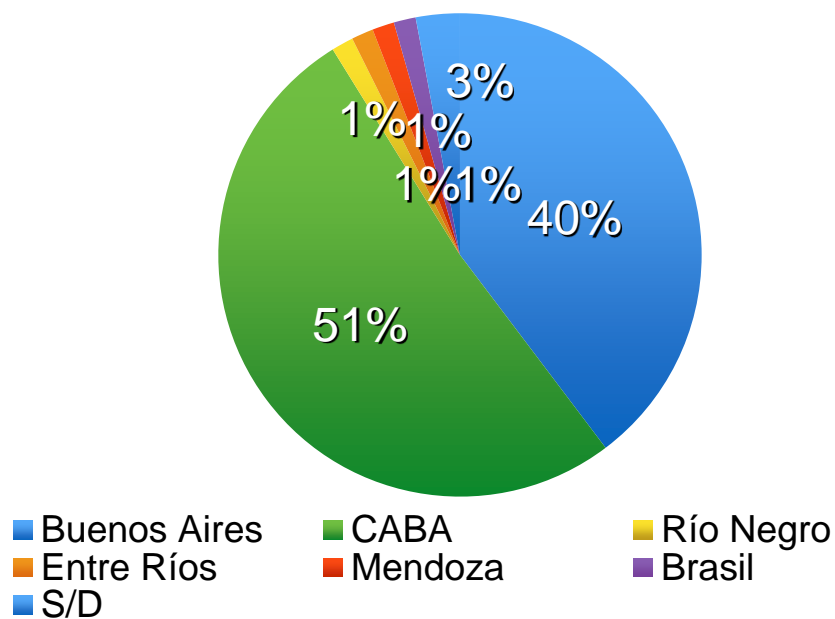
acompañamos. Las preguntas de nuestro protocolo brindan datos sobre lugar de residencia de las mujeres, edad, uso habitual de métodos anticonceptivos, condición laboral, nivel de escolaridad, y si tienen o no hijos/as así como obra social o medicina prepaga. Completamos el análisis cuantitativo con un enfoque cualitativo, basado en notas tomadas luego de las consejerías con las mujeres en ese mismo período.

Durante la consejería, las mujeres son informadas sobre los objetivos políticos de nuestra sistematización y se solicita de manera oral su consentimiento para participar del estudio, aclarando su derecho a no participar y a no responder a cualquier de las preguntas formuladas. En todas las consejerías que realizamos, las mujeres accedieron a responder a las preguntas.

En el presente informe presentamos de manera anónima y confidencial el análisis de los datos sistematizados, a partir del cuestionario realizado a 68 mujeres.

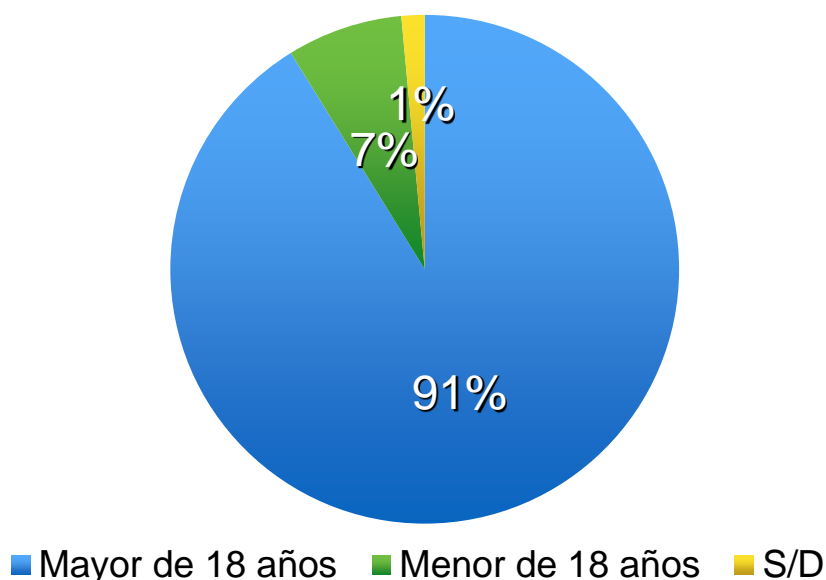
## Resultados

**Gráfico N°1. Lugar de residencia (n=68)**



Como muestra el Gráfico N°1, si bien la mayoría de las mujeres reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el 40% de ellas pertenece a la provincia de Buenos Aires. Esto puede deberse a diversos motivos. En primer lugar, el centro de salud comunitario La Mestiza se ubica en el barrio de Mataderos, zona lindante con la provincia de Buenos Aires, facilitando el acceso de las mujeres residentes en el Gran Buenos Aires (GBA). En segundo lugar, Socorristas en Red contaba durante el 2014 con dos colectivas en la zona oeste del Gran Buenos Aires, no así en las regiones Norte y Sur,<sup>5</sup> lo cual dificultaba la derivación de mujeres a dichas zonas del conurbano. Finalmente, si bien diversos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y Hospitales de GBA realizan consejerías pre y post aborto, la oferta en Capital Federal es más amplia en términos de disponibilidad geográfica, lo cual refuerza desigualdades entre el GBA y CABA en lo que respecta al acceso a la salud.

**Gráfico N°2. Edad de las mujeres que abortan (n=68)**



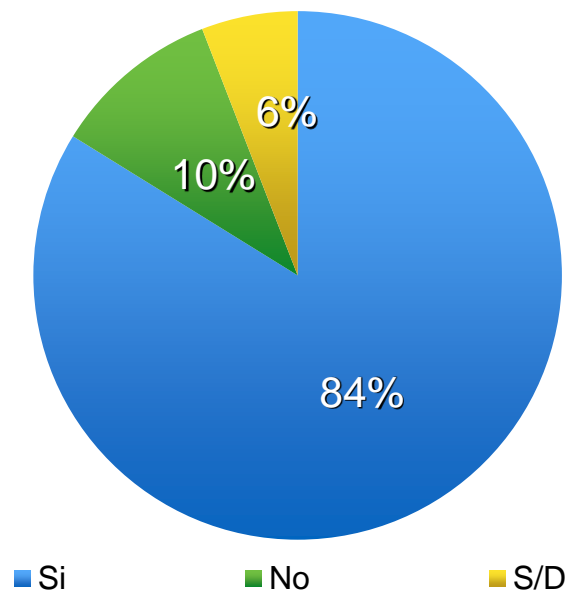
El Gráfico N°2 presenta la edad de las mujeres que abortaron acompañadas, poniendo en discusión la idea ampliamente difundida de que las mujeres que abortan son mayoritariamente jóvenes y adolescentes. Los datos muestran que no solamente el 91% de las mujeres es mayor de 18 sino que el rango etario va de los

<sup>5</sup> Durante 2015 se incorporó la Colectiva Las Rancheras, de zona norte de GBA a Socorristas en Red.

14 a los 42 años de edad, siendo el promedio de 27 años. Esta información coincide con los datos presentados por otras colectivas de Socorristas de la Red, como es el caso de Neuquén, San Martín y Chos Malal (Colectiva Feminista La Revuelta, 2015).

Otro lugar común en la representación de las mujeres que abortan es la idea de que las mujeres que recurren a un aborto no utilizan métodos anticonceptivos y que este uso necesariamente va a contribuir a una disminución de la cantidad de abortos. Sin embargo, los resultados del Gráfico N°3 ponen en evidencia que el 84% de las mujeres acompañadas utiliza habitualmente un método anticonceptivo. Esto coincide con otros estudios que indican que más de la mitad de las mujeres que recurren a un aborto habían utilizado algún método anticonceptivo durante ese mes (Jones, 2012).

**Gráfico N°3. Uso habitual de métodos anticonceptivos (n=68)**



Según los relatos de las mujeres durante las consejerías, el motivo del embarazo responde a una multiplicidad de razones ligadas principalmente a la falla de los métodos anticonceptivos, el mal uso y a las barreras de acceso a los mismos. Las mujeres reportan fallas en la efectividad de los anticonceptivos orales diarios, roturas de preservativo y baja efectividad de la Anticoncepción Hormonal de

Emergencia (AHE) (incluso utilizada pocas horas después de la relación sexual). Por otro lado, encontramos mujeres con dificultades para la toma de la anticoncepción hormonal (olvido de toma de pastillas, olvido o dificultades para comenzar una nueva caja o colocarse una inyección), utilización del preservativo sólo hacia el momento final de una relación sexual con penetración u oposición de la pareja a utilizar el preservativo. En algunos casos, las mujeres relatan dificultades en el acceso a los métodos en el sistema de salud y desinformación por parte de los profesionales, lo cual coincide con diversos estudios que dan cuenta de esta realidad en América Latina (Cavenaghi y Cabella, 2014; Pecheny y Tamburrino, 2009; Del Río Fortuna, 2008). En un caso, una mujer nos cuenta su intención de acceder a una ligadura tubaria, luego de haber tenido un embarazo de riesgo, pero menciona las barreras y requisitos que impone el sistema de salud para la realización del procedimiento; barreras imposibles de sobrellevar para ella como responsable del cuidado del hogar y de sus hijos e hijas. Otras dos mujeres indican que sus ginecólogas las disuadieron del uso de anticonceptivos orales diarios debido a hipo o hipertiroidismo. En varias ocasiones, las jóvenes refieren que se les ha negado la colocación de un DIU por no haber tenido hijos o hijas. Sin embargo, según la Guía de uso de Métodos Anticonceptivo elaborada por Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, actualizada en marzo de 2012, el hipo e hipertiroidismo no están contraindicados para el uso de anticonceptivos orales, sean estos combinados o sólo progestágeno, ni para el uso de anticonceptivos combinados inyectables, y no hay requisitos de embarazos o partos anteriores para la colocación de un DIU (PNSyPR, 2012).

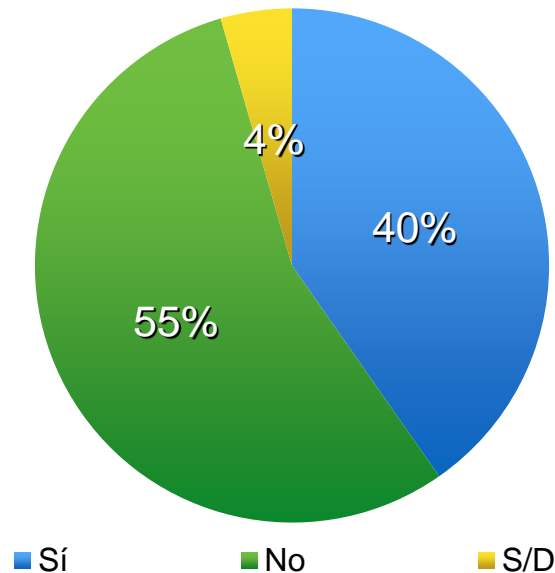
Algunas mujeres están desinformadas sobre el uso de métodos anticonceptivos, como es el caso de dos adolescentes quienes desconocían dónde y cómo adquirir los métodos. Diversas mujeres indican mantener relaciones sexuales siguiendo el método tradicional conocido como coito interrumpido, en ocasiones sin conocer los riesgos de embarazo. Finalmente, varias mujeres dicen suponer que no podían quedar embarazadas dado que no les había sucedido antes o en muchos años sin utilizar un método. Una de ellas adjudicó el hecho de no haber quedado embarazada antes a su celiacía. Finalmente, un último grupo de mujeres reporta no haber

querido utilizar pastillas de toma diaria ni preservativo, lo cual muestra nuevamente una falla en la consejería integral desde el sistema de salud al no poder ofrecer métodos alternativos.

Los datos de la encuesta indican que la mayoría de las mujeres utilizaba un método anticonceptivo habitualmente mientras que los relatos muestran que existe una brecha entre el uso ideal y el uso real de los mismos. Esta brecha se explica por la desinformación de las propias mujeres, por la falta de políticas públicas integrales que garanticen educación sexual integral de calidad en todos los niveles del sistema educativo y campañas de difusión públicas en las comunidades, así como por las dificultades de acceso a los métodos. Los relatos ponen de manifiesto que no es suficiente con que los métodos estén disponibles en los servicios. Es necesario que se capacite a los profesionales para derribar mitos en las indicaciones, que se tomen medidas para disminuir las barreras - como agilizar la entrega de turnos y controles pre-quirúrgicos en el caso de la ligadura tubaria- y que se trabaje con las comunidades para reforzar la información sobre métodos y sobre el derecho de acceso a los mismos.

Otros de los mitos corrientes en torno a las mujeres que abortan es representarlas como mujeres que no tienen o no desean tener hijos/as. En coincidencia con otros estudios (Jones, 2010), el Gráfico N°4 muestra que un 40% de las mujeres acompañadas tenían al menos un/a hijo/a al momento de realizarse el aborto.

**Gráfico N°4: Hijos/as (n=68)**

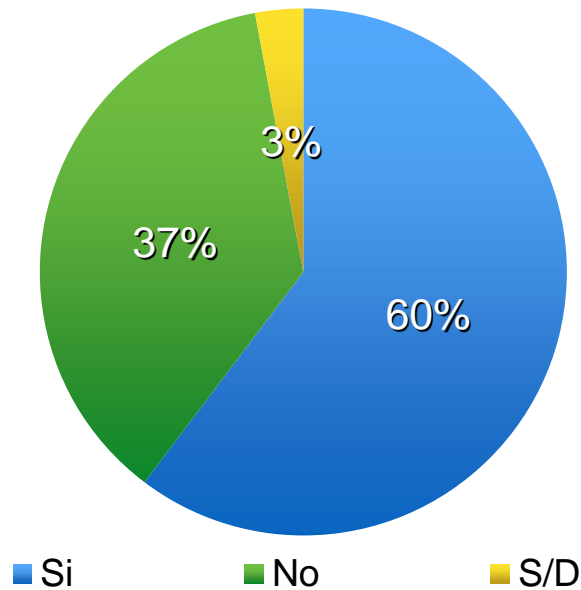


Finalmente, presentamos algunos datos sociodemográficos que indican que las mujeres acompañadas pertenecen a diversas clases y presentan diferencias en torno al trabajo remunerado, cobertura de salud y medicina prepaga y nivel educativo alcanzado. En este sentido, es importante destacar que las mujeres que acompañamos durante el 2014 accedieron a la consejería a través de amigas, conocidas, profesionales de la salud o vía internet.<sup>6</sup> Asimismo, el trabajo territorial de nuestro centro comunitario de salud, en el marco de una organización política inserta en distintos barrios, facilitó el acceso de aquellas mujeres en situación de vulnerabilidad social.

---

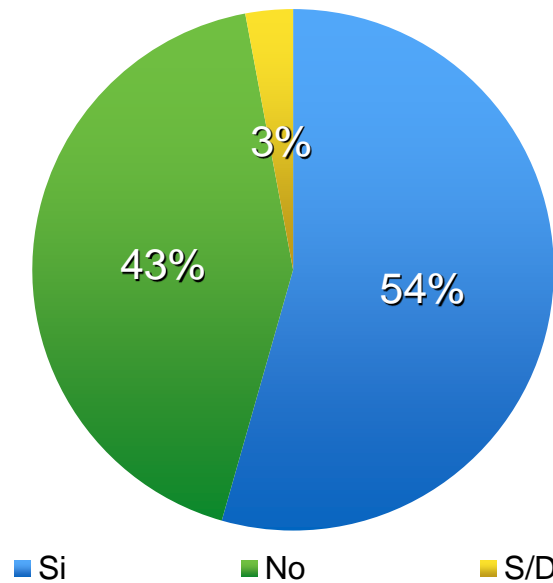
<sup>6</sup> El número de teléfono de nuestra línea de atención está disponible en nuestro Facebook [La Mestiza en Seamos Libres](#) y en el blog de Socorristas en Red: <http://socorristasenred.blogspot.com.ar/>.

**Gráfico N°5. Actividad laboral remunerada (n=68)**



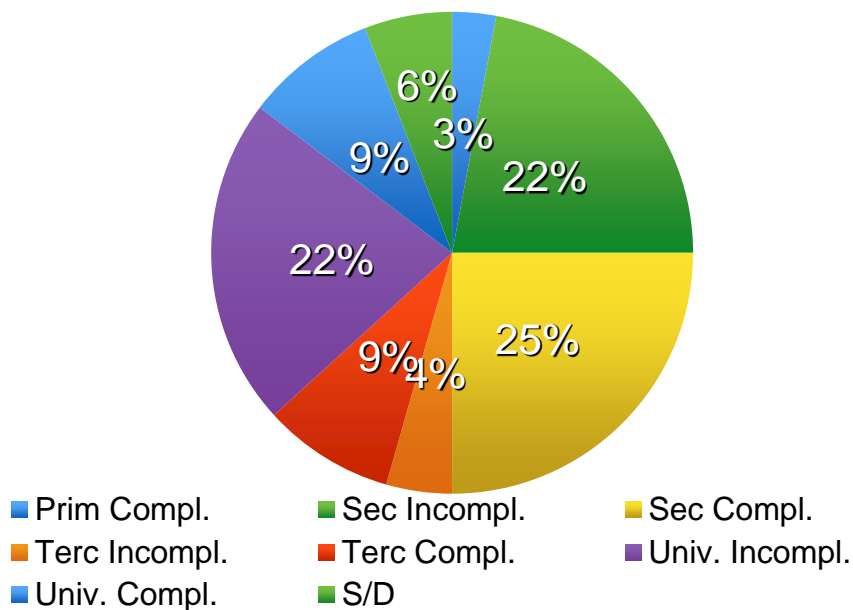
El Gráfico número 5 muestra que el 60% de las mujeres acompañadas durante 2014 tiene trabajo remunerado, lo cual coincide en gran medida con el hecho de que el 54% de las mujeres poseen cobertura de salud o medicina prepaga (Gráfico N°5). Esta situación pone en evidencia que a pesar del acceso a una atención en salud a través de obra social o medicina prepaga - que podrían interpretarse, según la cobertura, como más accesible en términos de turnos y horarios de atención -, las mujeres que acompañamos no acceden a la información sobre cómo abortar de manera segura dentro de ese subsistema. En cuanto a las mujeres que se atienden en el sistema público de salud, algunas de ellas fueron derivadas por los propios profesionales a la consejería, poniendo de manifiesto las dificultades para acceder a un aborto legal así como a políticas de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro en los servicios de salud.

**Gráfico N°6. Obra social o medicina prepaga (n=68)**



Con respecto al nivel educativo, los datos del Grafico N°7 indican una gran variabilidad de situaciones derribando nuevamente una idea común en torno a las mujeres que abortan, en tanto la gran mayoría de ellas poseían secundaria completa o más (69%).

**Gráfico N°7. Mayor nivel de escolaridad alcanzado (n=68)**





## **A modo de cierre**

Los datos presentados en el presente informe no pueden extrapolarse dado que se trata de una muestra pequeña de mujeres (n=68) que fueron acompañadas desde La Mestiza en Socorristas en Red durante el proceso de aborto con medicamentos. Sin embargo, los mismos presentan una primera aproximación al problema y permiten reflexionar y derribar ficciones sobre las mujeres que deciden abortar, sobre nuestro propio accionar militante, así como sobre las necesidades y exigencias en relación a las políticas públicas.

Con respecto al protocolo utilizado para recolectar los datos, se trató de una primera experiencia de recopilación y análisis de información por parte de nuestro espacio de salud. Durante 2014, también analizamos una serie de datos sobre el proceso de aborto con medicamentos que fueron presentados desde Socorristas en Red (datos de 1116 mujeres acompañadas en todo el país durante 2014). Durante el 2015, la Red unificó el protocolo utilizado que recopila datos sociodemográficos, sobre la toma de decisión, el acompañamiento de las mujeres por personas allegadas, el proceso de aborto con medicamentos y acceso al sistema de salud. El mismo será aplicado durante 2015 y 2016 por los diversos espacios que conforman la articulación.

Entendemos que resulta fundamental construir nuevos saberes en torno al aborto que permitan desestigmatizar la práctica y a las mujeres que abortamos. Del mismo modo, buscamos generar conocimientos que pongan de manifiesto las dificultades de acceso a la información en salud y al propio sistema y contribuyan a la formulación de programas y políticas eficaces. En este sentido, es necesario y urgente implementar políticas y programas que permitan disminuir la famosa “brecha” entre las normas y su aplicación, así como evaluar los progresos realizados. Han sido escasos los avances normativos y programáticos para garantizar el acceso a los abortos legales – principalmente el fallo F.,A.L. y el reciente protocolo del Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud, 2015) – mientras que los movimientos feministas, las organizaciones de la sociedad civil

y los/as profesionales de la salud comprometidos/as con los derechos de las mujeres, nos hemos estado organizando no solamente para paliar la ausencia de políticas públicas eficaces en la materia, sino para construir un nuevo paradigma en el que el aborto sea finalmente una práctica legal y socialmente legítima.

## Bibliografía

ADC - Asociación por los Derechos Civiles. 2015. *Aborto No Punible: Estado de Situación*. Buenos Aires: Asociación por los Derechos Civiles.

BWHC - Boston Women's Health Collective. 1970. *Women and their bodies. A course*. Boston: Boston Women's Health Collective.

Cavenaghi S, Cabella W (comp). 2014. *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Río de Janeiro: ALAP.

Chaneton J, Vacarezza N. 2011. *La intemperie y lo intempestivo*. Buenos Aires: Editorial Marea.

Código Penal de la Nación Argentina: Libro Segundo. De los Delitos. Título I. Delitos contra las Personas. Capítulo I. Delitos contra la vida. Artículo 86.

Colectiva Feminista La Revuelta. 2015. "Informe Socorro Rosa". Presentado en Conferencia de Prensa en las XII Jornadas Historia de las Mujeres. 5, 6 y 7 de marzo. Neuquén, Argentina. Disponible en línea: <http://larevuelta.com.ar/wp-content/uploads/2015/03/Informe-Socorro-Rosa-Neuquen-2014-A4-DIFUNDIR.pdf>. Acceso: 15/04/2015.

Del Río Fortuna C. 2008. "Anticoncepción quirúrgica y maternidad: [su]gestión en un servicio de obstetricia". *Maternidades en el siglo XXI* (pp. 137–168). Buenos Aires: Espacio Editorial.

Gerber Fried M (comp). 1990. *From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*. South End Press Collective. Traducción al castellano: Gabriela Adelstein, Buenos Aires, 2013.

González Vélez AC. 2011. *La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos*. Bogotá: La Mesa por la vida y la salud de las mujeres.

Jones RK, Finer LB, Singh S. 2010. *Characteristics of U.S. Abortion Patients, 2008*. New York: Guttmacher Institute.

Jones RK, Frohwirth L, Moore AM. 2012. "More than poverty: disruptive events among women having abortions in the USA", *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 39(1):36–43.

Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto. 2012. *¿Cómo hacerse un aborto con pastillas?* Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. 25 de Noviembre de 2010.

Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 21 de Octubre de 2009.

Ministerio de Salud. 2015. *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Observatorio Argentino de Bioética. 2006. *Aborto por motivos terapéuticos: artículo 86 - inciso 1 del Código Penal Argentino*. Buenos Aires: CEDES- FLACSO.

OMS. 2012. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Montevideo: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud - OMS. 1946. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Preámbulo. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19 de junio al 22 de julio de 1946.

Organización Mundial de la Salud. 2007. *Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS. 15a edición*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud - OPS. 1996. *Promoción de la salud: una antología*. Washington DC: OPS.

Pavard D. 2012. "Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975)". *Sociétés contemporaines* 2012/1 (n° 85).

Pecheny M, Tamburrino MC. 2009. "¿'La palabra lo dice'? Interpretaciones cruzadas y obstáculos al acceso a la anticoncepción de emergencia". *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. 0(1),158–176.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2012. *Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud*. Buenos Aires: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – AMADA.