

USO DE MISOPROSTOL PARA EL ABORTO MEDICAMENTOSO. UNA OPCIÓN PARA LOS PRESTADORES DE SALUD DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA, ARGENTINA

Raquel I. Drovetta¹
raqueldrovetta@ conicet.gov.ar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA

Fecha de recepción: 14 de marzo de 2015
Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2015

Resumen

Este trabajo presenta resultados de una investigación desarrollada en la ciudad de Córdoba (Argentina) entre 2012 y 2014, centrada en describir las representaciones y prácticas de un grupo de médicos y médicas del sector público de salud local, que han atendido consultas de mujeres que cursan un embarazo no deseado y buscar interrumpirlo a través de un aborto medicamentoso, utilizando misoprostol. La metodología utilizada es de tipo cualitativa, basada en entrevistas en profundidad. Indagamos en las razones que llevan a algunos a apoyar la búsqueda de las mujeres de un aborto seguro, y cuáles son los posicionamientos de quienes se comportan de manera contraria, o simplemente desentendiéndose de cómo se llevará adelante una decisión ya tomada por la mujer 119.

Palabras claves: aborto con misoprostol- Mujeres-prestadores de salud-Córdoba, Argentina.

Abstract

This paper presents results of research conducted in the city of Córdoba (Argentina) between 2012 and 2014, focused on describing the representations and practices of a group of medical doctors and public sector local health, who have attended consultations who are women unwanted pregnancy and look interrupt through a medical abortion using misoprostol. The methodology is qualitative type, based on in-depth interviews. Inquire into the reasons that lead some to support women seeking a safe abortion, and what are the positions of those who behave in a manner inconsistent, or simply ignoring how to take forward a decision already taken by 119 women are.

Keywords: abortion with misoprostol- Women-health providers Cordoba, Argentina.

1. Universidad Nacional de Villa María (UNVM). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

I NTRODUCCIÓN

Comprendemos que entrevistar a mujeres que buscan realizar un aborto medicamentoso, y no a sus parejas en caso de tenerlas, potencialmente conduce a reproducir un estereotipo centrado en la responsabilidad femenina por la búsqueda de «una solución» a este estado, con la consecuente invisibilización de la participación masculina. Tampoco escapamos a este riesgo al entrevistar a profesionales de salud reproduciendo la centralidad de la figura médica en la trayectoria reproductiva femenina, así como la medicalización de los eventos que la conforman, incluido el aborto. Nuevamente las mujeres se convierten en receptoras no sólo de intervenciones, sino de indagaciones y cuestionamientos desde la perspectiva y estándares morales derivados del ámbito biomédico, en tanto el evento reproductivo o no reproductivo, acontece en su cuerpo. Esta moral, está completamente imbuida de estereotipos de género.

Sin embargo, consideramos que en la relación entre estas mujeres y los y las profesionales de la salud radica uno de los aspectos centrales en los que debe seguir profundizándose el análisis. El personal de salud constituye un importante aliado en la búsqueda por el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Pero para ello, es preciso indagar en las razones que llevan a algunos a apoyar la búsqueda de las mujeres de un aborto seguro, y cuáles son los posicionamientos de quienes se comportan de manera contraria, negando información, amenazando con denunciar, o simplemente desentendiéndose de cómo se llevará adelante una decisión ya tomada por la mujer.

A los fines de este trabajo, hemos entrevistado profesionales buscando que nos relaten sus experiencias en la consulta con usuarias que expresan deseos de interrumpir voluntariamente un embarazo no deseado. Aun cuando en algunos casos se trata de profesionales que también atienden en guardias médicas o servicios de toco ginecología, no nos hemos referido durante la indagación a los eventos correspondientes a la atención de complicaciones post aborto. Damos por sentado que esas instancias de atención están reguladas por protocolos institucionales² que garantizan que la mujer reciba la atención médica que necesita. Sabemos sin embargo que con frecuencia estos protocolos se alteran y/o no se cumplen, las mujeres

2. El Ministerio de Salud de la Nación, mediante Resolución N° 989 del 9 de agosto de 2005 aprobó la «Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto».

son maltratadas, su salud desatendida, y hasta expuestas a denuncias. Como sostiene Cavallo, en Argentina existe la percepción sobre el deber de las y los profesionales de la salud de denunciar a pacientes que acuden al hospital a recibir atención ginecológica por complicaciones derivadas de abortos posiblemente ilegales, incluye denunciarlas, supuesto que se basan en una errónea interpretación de las normas (Cavallo 2012:3). Sin embargo este no es el objeto de nuestro trabajo, ya bien documentado en otros lugares (Steele y Chiarotti 2004; Romero et.al 2010, entre otros).

En cambio, nuestro interés radica en analizar la relación que se establece entre usuaria y prestador de salud, en la búsqueda de un aborto medicamentoso. Esa relación, que acontece en el consultorio, durante la consulta, y a la que no asiste ningún otro miembro del equipo de salud u otro profesional, está amparada en el secreto profesional, como otros actos médicos.³ En Argentina, la ley que regula el ejercicio de los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, establece que el deber de confidencialidad obliga a no divulgar información, por parte de las y los profesionales de la salud que recibieron información confidencial directamente de boca de sus pacientes o en su examen médico, a aquellos que conocieron la información a través de otros profesionales que participaron en el tratamiento de las y los pacientes, incluso realizando funciones administrativas, como así también a aquellos profesionales que recibieron información sin el consentimiento expreso de las y los pacientes⁴.

Inicialmente describiremos la metodología de trabajo que utilizamos, y en base a la cual conformamos tres categorías *ad hoc* en las que inscribimos a los profesionales entrevistados, con el objeto de describir en términos generales los tipos de prácticas y representaciones a las que cada uno suscribe. Luego analizamos el conjunto de prácticas que no conducen a las mujeres en la búsqueda de un aborto seguro, y su explicación a través del estigma al que temen los y las profesionales de salud. Finalmente, analizamos las redes que se han establecido entre profesionales de salud y organizaciones feministas locales y destacamos el rol que estas últimas cumplen en la difusión del protocolo de uso seguro del misoprostol para el aborto.

3. Para mayores detalles referimos a Loayza Tamayo y Marin Sandoval (2010).

4. Artículo 2, Inciso d) de la Ley N° 26.529 de 2009.

METODOLOGÍA

Este trabajo es parte de la investigación posdoctoral desarrollada a partir del 2012⁵ donde se analizan representaciones y prácticas de mujeres residentes en Córdoba, en la búsqueda de un aborto medicamentoso, problematizando centralmente la relación establecida entre ellas, organizaciones feministas y personal de salud pública. Para el análisis del grupo de profesionales de la salud implementamos un estudio cualitativo, en el que la selección de los informantes se realizó mediante muestreo «bola de nieve». En todos los casos el criterio de selección de la muestra responde un criterio muestral no probabilístico por propósito, basado en la accesibilidad y factibilidad (Strauss y Corbin 2002).

Para esta etapa del trabajo, se aplicaron entrevistas en profundidad a 18 prestadores de salud, específicamente médicos y médicas, que trabajan en el ámbito público, tanto en centros de salud barriales, como hospitales públicos de segundo nivel de la ciudad de Córdoba. Sus especialidades son la medicina generalista, y la ginecología.

Las entrevistas realizadas a médicos y médicas buscó precisar qué rol cumplen como facilitadores de conserjería pre y post aborto, y en el asesoramiento a mujeres que cursan un embarazo no deseado. En términos generales se indagó sobre sus representaciones y prácticas en relación a las consultas que reciben sobre el uso de misoprostol para la realización de abortos, lo que implicó conocer si entregan información sobre la forma de uso del misoprostol para abortar y si confeccionan la prescripción para su compra en farmacias.

A los fines de poder ofrecer una descripción simplificada de las representaciones y prácticas que sostienen los médicos y médicas entrevistados, hemos les hemos agrupado en base a criterios *ad hoc*. Fundamentalmente la selección se realizó priorizando el criterio de «acercamiento» en términos ideológicos y prácticos, con la práctica del aborto. Esto significa agrupar a los profesionales, según las prácticas que describen realizar dentro del consultorio, pudiendo ser descriptas como «contrarias» al aborto, «cercanas pero sin conocimientos», y en tercer lugar lo que frecuentemente en este contexto se conoce como profesionales «amigables». ⁶ En función de esto, desplegaremos debajo el análisis de las

5. Proyecto «Representaciones y prácticas en torno al aborto farmacológico, en usuarias y prestadores de salud». Financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

6. Este término describe a los profesionales y los servicios de salud que atienden a las demandas y necesidades de una mujer en situación de aborto, sin emitir juicios de valor ni obstaculizar la

representaciones y prácticas más frecuentes de estos profesionales, respecto a las consultas que reciben sobre la búsqueda de un aborto medicamentoso.

Según los datos relevados durante las entrevistas concedidas, los médicos se organizan en términos generales, en tres grupos:

PRIMER GRUPO: CONTRARIOS AL ABORTO, CERRADOS A ENTREGAR INFORMACIÓN.

Aun cuando no expresen que en su trabajo adhieren a la «objeción de conciencia»⁷ los profesionales que integran este grupo no entregan información sobre el uso seguro del misoprostol para abortar. En gran parte de los casos, no conocen o tienen información sobre el protocolo recomendado para su uso en la interrupción de embarazo durante el primer trimestre, ni expresan interés en conocerlo. Reconocen haber manifestado a sus pacientes que el uso del medicamento Oxaprost que contienen misoprostol podría poner en riesgo su vida y sobre todo su salud, pudiéndole causar numerosos problemas (enumeran hemorragias y/o ruptura uterina). Aun cuando no utilizan esta denominación, el contenido de su discurso está alineado con el que enuncian las personas autodenominadas «pro-vida» (Morán Faúndes 2013) y recurren frecuentemente a figuras metafóricas para representar a los médicos como *dadores* de vida, lo cual manifiestan como contrario al aborto, una práctica a la que describen como *privadora* de la vida de una *persona*. Se observa durante las entrevistas el constante el uso de los términos *vida* y *persona* en la referencia hacia el aborto. Enuncian también que las mujeres deben buscar otras opciones para evitar realizarse el aborto, una consecuencia que debería haberse evitado, dado la disponibilidad de medios que la medicina ofrece en la actualidad, fundamentalmente información y acceso a métodos anticonceptivos modernos.

SEGUNDO GRUPO: MÉDICOS Y MÉDICAS DESINFORMADOS, PERO COMPRENSIVOS.

Está conformado por quienes señalan tener conocimientos sobre la utilidad del misoprostol para la interrupción del embarazo hasta las 9 o 12

entrega de información y atención. Promueven la entrega de información completa y segura y en la mayor parte de los casos ofrecen las llamadas Conserjerías pre y post aborto.

7 Este término define «El derecho a la objeción de conciencia a la prestación de servicios de salud implica que los profesionales de la salud tienen la legítima posibilidad de negarse a proporcionar ciertos servicios de salud por considerarlos contrarios a sus convicciones personales. No obstante, dado que dicha negativa puede potencialmente implicar la restricción o anulación al goce de derechos humanos de las mujeres, el ejercicio del derecho a esta objeción de conciencia está sujeto a ciertos límites». Para mayores referencias recomendamos consultar el documento «Objeción de conciencia y Derechos reproductivos. Estándares Internacionales de Derechos Humanos» y Fiala y Joyce (2014) entre otros.

semanas. Sin embargo, al describir el protocolo de uso no muestran coincidencias. Algunos recomiendan su uso oral o sublingual, mientras otros consideran imprescindible que se utilice por la vía vaginal. En sus relatos también varían notablemente las dosis recomendadas para el aborto completo hasta la semana 12 de gestación. En dos de los casos recomiendan ingerir comprimidos de misoprostol y al mismo tiempo introducir otros por vagina. Este es sólo un ejemplo de la distorsión y desconocimiento que existe respecto a su uso como abortivo.

Manifiestan que no prescriben el medicamento a las mujeres que se lo solicitan, argumentando que serán estigmatizados⁸ por sus pares si se conoce que «contribuyen» a la práctica, y por temor a sufrir consecuencias legales en su trabajo, o reprimendas por parte de la dirección de la institución. Sin embargo no refieren plantear entre sus motivos a la objeción de conciencia ni expresan una condena hacia la práctica del aborto, como el grupo anterior.

Aquí encontramos profesionales que reciben para la atención a mujeres que requieren un control post aborto, luego del aborto con medicamentos. Sin embargo no realizan de manera sistemática algún tipo de consejería pre-aborto, sino que ofrecen información de manera asistemática y con poco conocimiento de los protocolos que la OMS (2014) recomienda. No muestran convencimiento acerca de la efectividad del misoprostol como abortivo en el primer trimestre, sino que advierten sobre la cantidad de «fallos» que observan, refiriendo especialmente el caso de los abortos incompletos.

TERCER GRUPO: «AMIGABLES» E INFORMADOS, UNA MINORÍA

El tercer grupo concentra a la menor parte de los profesionales consultados. Admiten que prescriben el medicamento para ser utilizado de manera autónoma por las mujeres en la interrupción de embarazos hasta las 12 semanas. Muestran coincidencias en el protocolo de uso del misoprostol y las dosis, y reconocen la seguridad del proceso durante el primer trimestre. Sin embargo, en lo posible ocultan esta práctica porque temen ser objeto de persecución de grupos antiderechos locales y /o ser juzgados por sus pares. La excepción está dada por aquellos equipos de trabajo de los centros de salud barriales, donde todo el equipo acuerda con

8. Existen numerosos trabajos sobre el estigma que recae en las mujeres que solicitan un aborto u otros servicios vinculados al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos (Cook, Cusack y Dickens, 2010; Cook, Dickens 2014, entre otros) aún cuando se trata de contextos legales.

la implementación de acciones tendientes a favorecer el acceso al aborto seguro, como por ejemplo a través de las Conserjerías pre y post-aborto. Reconocen tener contactos con organizaciones feministas que militan por la legalización y despenalización del aborto, con quienes en ocasiones han trabajado de manera conjunta para proveer de soluciones a mujeres de bajos recursos, sobre todo para la obtención del medicamento. Se trata del grupo de profesionales que se halla más comprometido en la tarea de otorgar opciones a mujeres que manifiestan deseos de interrumpir un embarazo no deseado. También son quienes detentan mayor información sobre legislaciones vigentes, guías y protocolos de acción vinculados a la atención post-aborto y las Conserjerías, así como las causales que posibilitarían a una mujer embarazada, acceder a un Aborto No Punible garantizado por la ley. En otras palabras, aun cuando son el grupo más reducido, son quienes muestran mayor cantidad de conocimientos e información respecto a múltiples facetas relacionadas con el aborto, tanto en lo referente a aspecto médicos como legales.

CARACTERÍSTICAS DE LA VINCULACIÓN DE PROFESIONALES CON EL ABORTO MEDICAMENTOSO

El aborto medicamentoso se realiza mediante la droga misoprostol, un análogo de la prostaglandina E1 (Pg E1), que comenzó a ser vendida en las farmacias de América Latina a partir de fines de la década del ochenta bajo el nombre comercial de Cytotec, indicado en el tratamiento de la úlcera gástrica (Távora et.al 2009). El método más recomendado para el aborto médico es la mifepristona (siempre por vía oral) seguida de misoprostol; sin embargo, debido a que la mifepristona no se encuentra autorizada para su venta en la mayoría de los países de la región, se utiliza el protocolo de uso⁹ del misoprostol solo (OMS 2014). Este es considerado un procedimiento que permite atravesar un aborto seguro (Ganatra et.al. 2014). Específicamente en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación recomienda el uso de misoprostol para los abortos contemplados dentro de las excepciones de la ley a través de su «Guía Técnica para la atención integral del Aborto No Punible».

Es necesario referirnos a los principales cambios de la vinculación entre los y las profesionales de la salud con el aborto, ya que queremos

9. La OMS refiere el protocolo de en World Health Organization 2014. «Clinical practice handbook for safe abortion.» Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf?ua=1.

resaltar la importancia que la extensión en el conocimiento acerca de la existencia del misoprostol como abortivo tiene no sólo para las mujeres, sino también para los médicos y médicas.

Esto supone entre otras cosas, que al tratarse de un proceso que puede realizarse de manera autónoma e incluso doméstica (Shannon y Winikoff, 2008; Fiala, et. al 2004), el rol de los médicos puede limitarse, en este contexto de restricciones legales, a ofrecer información sobre el protocolo de uso, recetar o prescribir el medicamento para su compra en farmacias, y posteriormente realizar el control post-aborto (Zamberlin et.al 2014).

Aun cuando esto pueda suponer un grado menor de «involucramiento» con la práctica del aborto en comparación con abortos quirúrgicos, igualmente despierta resistencias y temores por parte de los profesionales, ya que acontece en un contexto con restricciones legales. Como sostiene Ramos (et.al)

«si bien los/as médicos abogan por la existencia de leyes y normativas claras (tanto con relación a la anticoncepción como al aborto), este reclamo está motivado por la necesidad de percibir un contexto normativo que oriente y resguarde más y mejor su práctica asistencial de eventuales conflictos jurídicos, que a promover o proteger el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres» (Ramos et. al 2001:137).

En términos de procedimiento, los profesionales no están obligados a recetar Oxaprost (medicamento de patente que contiene misoprostol entre sus componentes) a quienes no tienen una patología asociada a su uso original (reumatismo por ejemplo). La decisión de hacerlo para favorecer el acceso de una mujer a un aborto seguro responde a una decisión personal y también de responsabilidad profesional, donde cada prestador de salud evalúa entre numerosas variables. Una de ellas es la posibilidad de que si la mujer no accede al medicamento en una farmacia, lo deberá adquirir en el mercado negro. Esto puede suponer su adulteración, el riesgo de la estafa, el sobreprecio, el fraccionamiento y la venta sin garantías de los modos de conservación entre los riesgos más frecuentes. En segundo lugar, y más preocupante aun, es que la mujer promueva otras formas de provocarse el aborto, como la introducción de objetos (sondas, objetos punzantes), o líquidos en la vagina, los golpes y actividades bruscas, los legrados con personal no capacitado, entre otros.

Según nuestro análisis esta es una contradicción a la que muy bien refieren Opezzi y Ramírez al describir cómo los equipos de salud en ocasiones suelen verse en situaciones conflictivas y de desprotección institucional frente al pedido de una paciente de medicación para inducir un aborto, donde:

«la tensión entre el acto médico de priorizar la salud, el rol de funcionario público de garantizar los derechos de las usuarias y el ilícito de recetar oxaprost para la interrupción de un embarazo no planificado, dan cuenta de las contradicciones que siguen pendientes de resolución en el sistema de salud» (2010: 26).

ACCIONES PARA EL ABORTO SEGURO

Recientemente se han comenzado a aplicar en la ciudad de Córdoba, de manera algo aislada pero precursoras, protocolos de atención a las consultas sobre la interrupción de embarazos no deseados.

Las llamadas Conserjerías pre y post-aborto¹⁰ constituyen un modelo de atención centrado en la promoción a la salud y en resultante a lo que se conoce como del «Modelo de reducción de riesgos y daños», que ha comenzado a implementarse de manera sistemática en una docena de centros de salud barriales de la ciudad. No es sin embargo un modelo extendido, ni la única denominación o protocolo de actuación cuando una mujer consulta sobre la manera de interrumpir un embarazo no deseado. Otras formas de actuaciones médicas, menos protocolizadas, suponen otorgar información en el marco de una consulta profesional convencional y con las herramientas que el profesional tenga.

La diferencia central consiste en que en las Conserjerías, los y las profesionales poseen conocimientos certeros sobre los protocolos de uso de misoprostol para el aborto en el primer trimestre, informan sobre ello a las mujeres, y pautan un posterior encuentro para el control pos-aborto, a los fines de confirmar que el aborto completo haya acontecido. En las consultas convencionales en cambio, el cumplimiento de estos pasos no está asegurado.

10. Esta perspectiva refiere a acciones de salud pública destinadas reducir los daños asociados con actividades específicas, en lugar de prohibir la actividad misma, brindando acciones educativas y socio-sanitarias desprovistas de una valoración moral y prejuicio (Briozzo et.al. 2007).

Sin embargo, en ninguno de las instancias anteriores (Conserjerías o consultas convencionales) la mujer tiene garantizado el poder obtener la prescripción médica, lo que finalmente se convierte en el mayor obstáculo para el aborto seguro y diluye la figura del prestador como un apoyo en la búsqueda de un aborto seguro.

EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON PERSONAL DE SALUD. ESTIGMA Y OTRAS CONSECUENCIAS

El personal de salud, en este caso médicos y médicas, constituye el grupo que prestó mayores resistencias a ofrecer entrevistas, conociendo de antemano que la indagación estaría vinculada al tema del aborto.

Leemos en esta resistencia ciertos indicios de la fuerza con que la ilegalidad y la clandestinidad están inscriptas en la subjetividad de los y las profesionales de la medicina, quienes frecuentemente son vinculados con la práctica del aborto, en contextos de restricciones legales como el de este estudio. Dicha vinculación tiene un fuerte asidero en las representaciones sociales (Petracci y Kornblit 2007), y en las representaciones del sentido común, ya que a los médicos y médicas a quienes se los indica como los profesionales «pertinentes» para realizar un aborto.

Existen sin embargo variantes particulares según los contextos, donde los servicios de aborto son ofrecidos por personas diversas, en ocasiones legos en la materia. En la actualidad son cada vez más evidentes las modificaciones que acontecen sobre esas representaciones debido a que numerosos grupos feministas y Organizaciones No Gubernamentales promueven opciones para el aborto autónomo, con escasa relación con el área médica, generalmente limitadas a controles post-aborto. Sin embargo, y según nuestras indagaciones, la vinculación entre aborto y profesionales de salud continúa siendo fuerte y directa, y esto es percibido por los propios profesionales.

Esto tiene varias consecuencias, una de las cuales se observa en la resistencia a ofrecer entrevistas para la indagación del tema, con la excusa de *no saber nada sobre el tema o no tener nada que ver* con el aborto. Cuando acceden, en sus discursos es llamativo la constante referencias a la legalidad o ilegalidad de la práctica (en la fina frontera entre la legalidad en el caso del Aborto No Punible, ilegalidad en el resto de los casos¹¹), algo en lo que

11. El artículo 86 del Código Penal de la Nación establece que no es punible el aborto practicado por médico diplomado, (el inciso 1) si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud

—según observamos en nuestras entrevistas a usuarias de misoprostol- las mujeres que buscan un aborto medicamentoso reparan mucho menos.

La notable preocupación de los y las profesionales de salud sobre la posibilidad de ser vinculados con la práctica del aborto, puede ser explicada según nuestras indagaciones, a través del análisis de un aspecto central que opera tanto en el plano subjetivo como en el objetivo.

Una parte importante de los comportamientos relatados se comprenden a través del análisis de cómo acciona en este contexto el *estigma*, un efecto temido por los y las profesionales que en algún momento han prestado el servicio, o continúan haciéndolo, y temen que esto se sepa entre los y las colegas o incluso su familia.

Ser reconocido por pares con la designación de «abortero» o «abortera» tiene en este contexto un peso y un desprestigio que atemoriza a los profesionales. Según Goffman el estigma produce en los demás a modo de efecto, un descrédito amplio, por lo que los y las profesionales temen convertirse en una persona «desacreditable» (2008:14-16).

De esta manera, los estándares morales destinados a juzgar a mujeres que deciden abortar, también aplican sus propios parámetros a profesionales que podrían facilitar el acceso a un aborto.

El estigma moviliza el temor a ser «rotulado» a la vez que funciona con distinta intensidad según los y las profesionales se sientan más próximos al acuerdo con la idea de realizar/asesorar la práctica, pero no desaparece en aquellos que por razones personales y de creencias religiosas se niegan a hacerla. De este modo, la fuerza con que funciona el estigma en este contexto, no permite a los profesionales obviar su potencial incidencia a nivel personal y profesional.

Goffman muestra además que lo que dicen acerca de la identidad social de un individuo aquellos que lo rodean, tiene para él una enorme importancia (2008:69). De ahí que las opciones generalmente consisten en manejarse restringiendo «la información oculta que desacredita al yo»(Goffman 2008: 62).

de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; (inciso 2) a una mujer víctima del delito de violación, previo su consentimiento, sea esta o no capaz. En la provincia de Córdoba no es posible solicitar un Aborto No Punible (ANP) ya que se halla suspendida la desde su promulgación en 2012, la «Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto no Punibles», debido a la intervención judicial de la Organización autodenominada Pro-Vida «Portal de Belén». La única opción es acudir a los dos Hospitales de Jurisdicción Nacional presentes en la ciudad. En la realidad, la práctica se realiza sólo en uno de ellos y bajo la mayor «discreción» posible. Remarcamos esto para poder ofrecer un ejemplo de cómo opera la clandestinidad y la ilegalidad aun en condiciones objetivamente legales como la practica del ANP. Para mayores detalles referimos a Peñas Defagó (2013).

En caso de poder coexistir con estas valoraciones, la posibilidad (más o menos real) de ser estigmatizado no impide sin embargo que algunos profesionales aporten elementos a sus pacientes conducentes a atravesar un aborto seguro, evaluando que su accionar se asienta en intereses superiores.

Uno de los resultados que se deriva de esto y que tiene también mucha fuerza simbólica pero opera a nivel de la realidad con más fuerza y objetividad, son las consecuencias que supone que se descubra la colaboración del profesional en la práctica del aborto y este sea inhabilitado para ejercer su profesión.

Es importante aclarar que nuestro trabajo no se basa en la búsqueda de profesionales que asuman realizar la práctica del aborto medicamentoso, entre otras cosas por lo infructuoso que puede resultar lograr que una persona asuma que realiza una práctica considerada *no legal* en este contexto. Sino que fundamentalmente y como ya hemos señalado, entendemos que el aborto medicamentoso inaugura una nueva modalidad en el recorrido de las históricas prácticas abortivas, que en este caso recaen en gran parte en mano de las propias mujeres como gestoras de su aborto.

LO QUE LAS MUJERES RECIBEN DEL PERSONAL DE SALUD

Como ya señalamos, los médicos y médicas tienen, claramente, mayores prejuicios para hablar sobre aborto, que las propias mujeres que se realizan un aborto con medicamentos. Una limitación que debemos señalar es que las mujeres entrevistadas indican su resistencia inicial a hablar con los y las profesionales sobre su intención de realizar un aborto, en tanto entra en juego aquí un factor de desigualdad notable que responde a la relación inequitativa entre prestadores de salud y usuarias.

Señalan que no siempre logran clarificar ante ellos sus intenciones, donde fundamentalmente es el temor a ser *sancionadas* lo que les impide pedir información para abortar. Esto supone no querer exponerse ante ellos por múltiples razones. Algunas refieren a la vergüenza de asumir que cursan un embarazo no buscado. Temen recibir cuestionamientos del profesional por haber quedado embarazadas. Describen sentir que han «fallado» a la expectativa médica, frente a un profesional que en su momento probablemente le recomendó un método anticonceptivo, y/o le ofreció información sobre su uso. Paralelamente, quieren evitar el tener que dar «explicaciones» al profesional de salud, en tanto sienten una presión de

tipo normativa que describe al embarazo no deseado como un fracaso frente al profesional.¹²

En su relato muchas de las mujeres consultadas describen que el embarazo es resultado de que el método anticonceptivo falló. Asumen como propia la responsabilidad de la ingesta diaria de la píldora, o el recuento de los días fértiles o la exigencia del uso del preservativo en el varón. Las acciones referidas a la anticoncepción son referidas como de su exclusiva responsabilidad.

En consecuencia se advierte que el embarazo no deseado es percibido como una «doble falla»: en primera instancia no haber utilizado de manera «efectiva» un método anticonceptivo del cual se las responsabilizó, y posteriormente, recurrir a la interrupción del embarazo.

ORGANIZACIONES FEMINISTAS Y PRESTADORES DE SALUD

Sin intención de establecer comparaciones, deseamos referirnos al menos brevemente al rol que actualmente desempeñan las organizaciones feministas en el apoyo en la búsqueda de un aborto seguro para mujeres que cursan un embarazo no deseado.

Y es que otro de los cambios notables que supone la extensión del uso de misoprostol en este contexto, es que diversas organizaciones feministas se han concentrado en su divulgación, a la vez que promueven y están encabezando la circulación del protocolo de uso referido por la OMS (2014), tanto entre mujeres como entre profesionales de los equipos de salud. Esa divulgación permea a aquellos profesionales de la salud que están legítimamente interesados en ofrecer información a las pacientes que les consultan sobre esa posibilidad, pero que en ocasiones desconocen los detalles científicos.

Sin desconocer la importancia de los controles médicos, sobre todo post-aborto, la entrega de información correcta, la capacidad de reconocer señales de alerta como hemorragias e infecciones entre otros, el rol central desempeñado por el personal de salud ha disminuido notablemente como consecuencia de la utilización del aborto medicamentoso en contextos de restricciones legales.

12. Similares resultados obtuvo un estudio de Morales y Querro (2008) entre médicos de hospitales públicos de la ciudad de Córdoba, donde el «fracaso» es referido por lo profesionales como propio o del sistema de salud que integran.

Esto puede ser interpretado desde diferentes perspectivas. La autonomía que gana la mujer para abortar cuando quiera y con quien quiera, una vez que posee el medicamento y el protocolo de uso, redundando en autonomía. Paralelamente, la total prescindencia de la asesoría médica, puede ser problemático sobre todo en contextos donde no operan otras redes de apoyo como son en la actualidad diversas organizaciones feministas (Drovetta et.al 2013 y 2014). En esas condiciones, la clandestinidad atenta contra la salud en sentido amplio, de las mujeres que abortan.

Organizaciones feministas locales como Socorro Rosa por ejemplo, han comenzado en 2012 a trabajar en una suerte de red con estos profesionales para facilitar el acceso a abortos seguros.

Paralelamente al surgimiento de la organización, se ha iniciado otro proceso que consiste en que algunos profesionales implementan la práctica de «derivar» mujeres que van a utilizar el misoprostol, desde el consultorio, hacia el colectivo feminista local Socorro Rosa. Resulta paradójico que el médico, inserto en el sistema de salud y con herramientas como para resolver estas situaciones, envíe pacientes que manifiestan cursar un embarazo no deseado, a consultar a activistas. Los médicos señalados tienen el número telefónico de la línea de información sobre aborto Socorro Rosa y refieren conocer casos exitosos de mujeres que han sido «acompañadas»¹³ por las activistas de la organización. Esto tiene un aspecto positivo, que es el reconocimiento de parte de la institución médica sobre los conocimientos y prácticas que han adquirido las organizaciones feministas en el tema del aborto seguro. Pero por otro lado, supone que los médicos y médicas no siempre asumen responsabilidades como el recetar misoprostol o entregar información sobre cómo utilizarlo. Suponemos que estas derivaciones suponen un paso previo al compromiso total con la prevención del aborto inseguro y que paulatinamente los y las profesionales podrán asumir toda la responsabilidad en el seguimiento del proceso. Pero esto no quita que sea el movimiento feminista quien se esté encargando con mayor seriedad y sistematicidad, aunque limitado alcance, de ofrecer información sobre el acceso al aborto medicamentoso.

Tanto es así que además de la evidencia relevada desde el ámbito científico, en su mayoría el ámbito biomédico, las organizaciones feministas relevan y sistematizan las experiencias que las mujeres relatan.¹⁴ En el caso

13. En relación al término «acompañar» remitimos a Grosso et. al (2013) para comprender su sentido específico.

14. En al menos seis países de la región funcionan Líneas de Información sobre Aborto Seguro (LIAS) y en cada una de ellas se lleva algún tipo de registro sobre las consultas. Para mayores detalles ver Drovetta (2014).

de Socorro Rosa y su articulación nacional Socorristas en Red, han sistematizado las experiencias¹⁵ relatadas por las propias usuarias de aborto medicamentoso generando datos valiosos sobre su uso. Esto ha contribuido a enriquecer la empíria sobre la que sustentar las recomendaciones acerca de su modo de uso, frente a un sistema de salud que como hemos visto, aun no contribuye de manera notoria a divulgar el aborto con medicamentos como opción para un aborto seguro.

CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de este artículo nos propusimos reflejar las principales características del pensar y actuar de profesionales de la salud en la ciudad de Córdoba, en ocasión de ser consultados sobre el aborto medicamentoso como una opción para interrumpir un embarazo no deseado. De sus respuestas se desprenden las incertidumbres, los temores y el desinterés, que las propias instituciones de salud interesadas en la promoción y cuidado de la salud de las mujeres, debería tener presentes. También debemos destacar la implementación de estrategias innovadoras para este contexto, que si bien son aun experiencias de reducido alcance, están indicando un cambio y apertura hacia la temática, inéditos en Córdoba.

Inicialmente quisiéramos hacer una salvedad en relación a la necesaria revisión de la que deben ser objeto el uso de términos como «legalidad» o «ilegalidad» del aborto en nuestro contexto. Es ineludible aclarar que debe analizarse en profundidad dichas denominaciones, en tanto colocarían al aborto dentro de uno u otro campo, como si estos fueran factibles de distinguir con claridad. Es que la llamada «Causal salud»¹⁶ y reconocida en el Código Penal como causa que habilita a acceder a un Aborto No Punible, podría comprender en ella a todos los abortos, en tanto la definición de salud en sentido amplio –tal como la define la OMS– entiende que el malestar, por ejemplo psicológico, que ocasiona a una mujer cursar un embarazo no deseado, atenta contra su salud. Consideramos importante destinar esfuerzos a profundizar en este aspecto, porque contrarresta muchas de las presuposiciones acerca de qué abortos serán punibles y cuáles no. Consecuentemente, esto definirá también el destino que corran las mujeres,

15. Sistematización de resultados presentada en la IV Plenaria Nacional Socorristas en Red, Córdoba, marzo de 2015.

16. Para mayores detalles referimos al documento «Causal Salud» publicado por La Mesa por la Vida de las Mujeres y Alianza por el Derecho a Decidir (2008).

y los y las profesionales de salud que posibiliten el acceso al aborto. Su clarificación y trasmisión a los y las profesionales de salud, podrían contribuir a llenar los vacíos legales sobre los que muchos basan su inacción y temores.

Existen numerosos estudios que dan cuenta de que el contexto de clandestinidad es contraproducente para la búsqueda de un aborto seguro, pero no es suficiente para impedir que el boca a boca resulte en que las mujeres conozcan diversos protocolos de aborto con misoprostol. Por esta razón las organizaciones feministas y los profesionales de salud «amigables» son actores fundamentales para facilitar y perfeccionar dicho proceso. Investigaciones como la que hemos presentado permiten conocer hacia donde orientar acciones que permitan profundizar el trabajo en redes, con el objetivo de evitar consecuencias negativas para la salud de las mujeres que buscan un aborto.

En este sentido, hemos referenciado al menos brevemente el trabajo de organizaciones feministas que llevan adelante una propuesta superadora de lo que hasta el momento el sistema de salud pública accionó en pos de evitar que las mujeres atravesaran abortos inseguros. A la vez, la incidencia del trabajo de las activistas impulsa acciones de trabajo conjunto entre organizaciones locales y profesionales de la salud, para lograr diálogo y retroalimentación.

Mientras tanto, lentamente están aconteciendo cambios en la opinión pública y en menor medida en la clase política que despiertan expectativas sobre la futura legalización y despenalización del aborto en Argentina, estas últimas libradas a los vientos electorales más que a la voluntad política.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Briozzo, L., Labandera, A., Gorgoroso M. y Pons, J. (2007). «Iniciativas sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo». En Briozzo L. (Ed.) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Arena: Montevideo.
- Cavallo, M. (2011). «La Confidencialidad Médica en Materia de Aborto en Argentina, Perú y Uruguay». Traducción del original «Conflicting Duties over Confidentiality in Argentina and Peru, by Mercedes Cavallo, International Journal of Gynecology and Obstetrics 112 . 159-162.
- Centro de Derechos Reproductivos. (2013). Documento «Objeción de conciencia y Derechos reproductivos. Estándares Internacionales de Derechos Humanos». Disponible en www.reproductiverights.org/es

- Cook, R., y B. (2014). «Reducing stigma in reproductive health». *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 125. 89–92.
- Cook, R., Cusack S., y Dickens, B. (2010). «La Estereotipación Poco Ética de la Mujer en la Salud Reproductiva». Traducción del original Cook, R. J., Cusack, S., Dickens, B.M., «Unethical Female Stereotyping in Reproductive Health» 109 *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 255-258.
- Drovetta, R. (2014). «Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe». En Carosio Alba (Comp.) *Feminismos para un cambio civilizatorio*. CLACSO, Fundación Celarg y Centro de Estudios de la Mujer: Caracas.
- Drovetta, R., Zurbriggen, L., Díaz, L., y Zurbriggen, L. (2014). «*Socorro Rosa en Córdoba. Reflexiones desde la práctica del acompañamiento a mujeres que abortan con misoprostol*». Ponencia presentada en el 3º Congreso de Género y Sociedad «Voces, cuerpos y derechos en disputa». Córdoba, 24 al 26 de septiembre de 2014.
- Fiala, C., y Arthur J. (2014). «“Dishonourable disobedience” — Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection». *Woman - Psychosom Gynaecol Obstet*. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.woman.2014.03.001>
- Fiala, C., Winikoff, B., Helström, L., Hellborg, M., y Gemzell-Danielsson, K. (2004). «Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion». *Contraception*, Londres, 70 (5), pp. 387-392.
- Ganatra, B., Tunçalpa, O., Bart H., Johnson, B., Gülmezoglu, A., & Temmerman, M. (2014). «From concept to measurement: operationalizing WHO’s definition of unsafe abortion». *Bull World Health Organ* 2014;92:155. Disponible en <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
- Goffman, E. (2008). *Estigma. La identidad deteriorada*. 2º Ed. Amorrortu: Buenos Aires.
- Grosso, B., Trpin, M, y Zurbriggen, R. (2013). «Políticas de y con los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar)». En Ana María Fernández y Wiliam Siqueira Peres (Editores) *La diferencia desquiciada*. Editorial Biblos: Buenos Aires.
- La Mesa por la Vida de las Mujeres y Alianza por el Derecho a Decidir (2008). *Causal Salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Disponible en www.despenalizaciondelaborto.org.co
- Mabel L., Stephen, R., y May, C. (2008). «Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies». *BMC Health Services Research* 2008, 8:150.
- Tamayo, L., y Sandoval, Y. (2010). «El Derecho de las médicas y los médicos al Secreto Profesional en la Jurisprudencia de la Corte Interamericana

- de Derechos Humanos». Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), Lima, Perú. Febrero 2010.
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 2005. «Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto». Decreto de Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente, 17/08/2005. En <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2010. «Guía técnica para la atención integral de Abortos No Punibles»; Secretaría de Programas Sanitarios, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>
- Morales, M., y Querro, R. (2008). «Los profesionales de la salud y el aborto». Informe final de investigación Becas Ramón Carrillo-Arturo Oñativia Ministerio de Salud de la Nación. Católicas por el Derecho a Decidir Córdoba. Año 2007/2008.
- Morán, J. (2013). «Del confesionario al diván: El discurso científico del conservadurismo religioso en Argentina y Chile sobre la sexualidad y el cuerpo» En *Conservadurismos, religión y política. Perspectivas de investigación en América Latina*. Ferreyra Editor: Córdoba, p. 149 – 194.
- OMS World Health Organization 2014. «Clinical practice handbook for safe abortion.» Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf?ua=1
- Oppezzi, M., y Ramírez, C. (2010). «Percepciones, prácticas y actitudes de los profesionales médicos en la atención del aborto. Un estudio en el subsector público de salud de la Provincia del Neuquén». Programa de Salud Sexual y Reproductiva Subsecretaría de Salud - Provincia de Neuquén.
- Peñas, A. (2013). «El derecho al acceso a los abortos no punibles en Argentina desde un enfoque de derechos humanos». En Zurbriggen, Ruth y Anzorena, Claudia (comp.) *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Herramienta: Buenos Aires.
- Petracci, M., Kornblit, A. (2007). «Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista». En Kornblit, Ana L. «*Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis.*» Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Romero, M., Zamberlin, N., y Gianni, C. (2010) «La calidad de la atención post-aborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos». *Salud Colectiva*. 2010; 6 (1):21-34.

- Shannon, C., y Beverly, W. (2008). «How much supervision is necessary for women taking mifepristone and misoprostol for early medical abortion?». *Women's Health*, March Vol. 4, No. 2, Pages 107-111.
- Shannon, C., y Winikoff, B. (2008). «How much supervision is necessary for women taking mifepristone and misoprostol for early medical abortion?». *Women's Health*, México, 4 (2), pp. 107-111.
- Steele, C., y Chiarotti, S. (2004) «With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina». *Reproductive Health Matters*, 2004, vol. 12, no 24, p. 39-46.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación cualitativa*. Ed. Universidad de Antioquia: Medellín.
- Távora, L., Chávez, S., Grossman, D., y Blandón, M. (2009). «Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América latina y el caribe». *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008; 54:253-263
- Zambelin, N., Romero, M., y Ramos, S. (2012). «Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted». *Reproductive Health* 2012, 9:34.