



Maestría en Administración y Políticas Públicas

Tesis de Maestría

XX Promoción

**El desempeño de la burocracia de base de salud en la realización
de interrupciones legales del embarazo en la Ciudad Autónoma de
Buenos Aires
(2013 – 2020)**

María del Rosario Sacomani - N° de legajo 28.452.158

Buenos Aires, 2 de febrero del 2022

Directora Dra. Débora Lopreite

Agradecimientos

Muchas veces escuché que el proceso de elaboración de una tesis era individual y solitario. Sin embargo, mi experiencia desde el inicio distó mucho de ser así. Si bien fue un trabajo individual, estuvo atravesado de momentos e interacciones con personas que sumaron mucho, cada una desde su lugar. Gracias por acompañarme.

En primer lugar, gracias a Emiliano por el apoyo, empuje y sostén a cada paso desde el primer día. Por confiar siempre en mí y alentarme. Por ese amor con abrazos que contienen y rearman y que ayudan a seguir adelante.

A mi familia, amigas y amigos, que siempre entienden las ausencias, acompañan con amor y alientan para que nos volvamos a encontrar, más livianos y satisfechos.

A mi directora, Débora, por sus comentarios agudos y certeros. Por ayudarme a organizar mis ideas y a plasmarlas, y por todo lo que aprendí en el proceso.

A la Universidad de San Andrés y a la Maestría en Administración y Políticas Públicas, a sus docentes y administrativos, por la experiencia de haber pasado por sus aulas y por la calidad del tiempo y de los saberes brindados.

A mis docentes Paula y Lara, por el acompañamiento comprometido y porque les debo muchos de mis aciertos.

A mis compañeras Sol y Lucía, el *power* trío, esa simbiosis tan linda que pudo con todo. Y a Verónica, por su apoyo y confianza, pero principalmente porque la admiro y su fuerza me inspira.

Y, sobre todo, gracias a las mujeres que contaron sus experiencias, todas ellas difíciles y dolorosas. Gracias por la confianza y por el tiempo que me brindaron.

Por haber hecho de este camino muchas cosas, menos algo solitario, de corazón, muchas gracias.

Índice

Introducción	5
Capítulo 1 - El problema de investigación	6
1.1 Problematización y pregunta de investigación	6
1.2 Estrategia metodológica	9
Capítulo 2 - Marco teórico conceptual	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Marco teórico	15
Capítulo 3 - Presentación y discusión de resultados	22
3.1 Estructura del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires	22
3.2 Las realizaciones de ILE en el subsector público de salud de la Ciudad de Buenos Aires	24
3.2.1 El procedimiento de ILE según el Protocolo ANP y los informes oficiales	24
3.2.2 El procedimiento de ILE según informantes claves	27
3.2.3 Construcción de redes feministas en la burocracia de base	35
Conclusiones	38
Bibliografía	40
Apéndice	49
1. Guía de entrevistas para el personal de ginecología, obstetricia y trabajadores sociales	49
2. Guía de entrevistas para personas que hayan solicitado ILE	51
3. Guía de entrevistas para socorristas feministas	52

Anexo	53
1. Preguntas realizadas al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a través de la solicitud de acceso a la información pública	53
2. Solicitud de acceso a la información pública realizada al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	56
3. Respuesta enviada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a la solicitud de acceso a la información pública	57



Universidad de
San Andrés

Introducción

Las interrupciones de embarazos son prácticas habituales que se realizan todos los días en todos los rincones del planeta. Muchos países, entre los que recientemente se encuentra Argentina, las han legalizado y regulado, pero en la mayor parte del mundo esta práctica está fuertemente restringida, cuando no completamente prohibida.¹ No obstante, la prohibición no evita ni disminuye que se lleven a cabo, sino que genera que miles de mujeres y personas con capacidad de gestar, sobre todo aquellas de menores recursos, recurran a abortos inseguros a pesar de las consecuencias que ello acarrea para su salud, incluso, la pérdida de la vida. Se estima que a nivel global se realiza un aborto cada cuatro embarazos.²

Los derechos sexuales y reproductivos, entre los que se encuentra la interrupción del embarazo, son derechos humanos y para garantizarlos es necesario asegurar el acceso universal a los servicios públicos que los proveen. En la presente tesis se analiza el desempeño de la burocracia de base de salud en la realización de interrupciones legales del embarazo -en adelante “ILE”- en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -en adelante “CABA”- entre los años 2013 y 2020, que, en tanto entidad con autonomía relativa y discrecionalidad, evidencia la tensión existente entre la estructura normativa y funcional, las percepciones que este cuerpo tiene sobre la política en cuestión y las características del contexto de implementación.

Dado que las investigaciones realizadas en torno del acceso a las ILE, en líneas generales, se han basado mayormente en los aspectos que refieren a su marco legal, en los derechos en disputa y en las estrategias desarrolladas para lograr la legalización, esta tesis lo aborda desde una perspectiva diferente. Aquí interesa analizar cómo se efectiviza ese acceso cuando ya existen instrumentos legales que lo regulan, por lo que la mirada está puesta en las conductas y estrategias de la burocracia de base de salud y su rol en la implementación de la política.

¹ Center for Reproductive Rights. “The World's Abortion Laws”. Última consulta: 6 de noviembre del 2021. <https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws>

² Guttmacher Institute. “Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide”. Última consulta: 6 de noviembre del 2021. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

En este sentido, contribuye tanto al análisis del acceso a las ILE como al de las burocracias estatales, a partir de un abordaje que tiene en cuenta otras dimensiones de conflicto y busca ser un aporte que posibilite el planteo de nuevas preguntas de investigación.

En el Capítulo 1 se expone el problema de investigación, se presenta la pregunta que guía esta tesis, que versa sobre la identificación de los factores que influyeron en la realización efectiva de las interrupciones legales de embarazos en el subsector público de salud de la Ciudad de Buenos Aires entre 2013 y 2020, y para responderla se propone la hipótesis de que estas prácticas dependen de la discrecionalidad y la autonomía relativa de las burocracias médicas de base. A su vez, se delinea la estrategia metodológica cualitativa que se lleva a cabo. El Capítulo 2 presenta el marco teórico conceptual, dentro del que se exponen los antecedentes relativos a las prácticas y discursos médicos en torno de los derechos sexuales y reproductivos, el control que llegan a ejercer sobre los cuerpos de las mujeres y la concepción de la subordinación de la mujer al rol de madre. En el marco teórico se da cuenta de las características de la burocracia de base y desde la teoría feminista se identifican los sesgos de género que la surcan debido al sistema patriarcal en el cual se desarrolla. En el Capítulo 3 se da cuenta de la estructura del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, se exponen los principales hallazgos de la investigación documental, normativa y entrevistas que se llevaron a cabo y se analizan las prácticas médicas en la implementación de las interrupciones legales de embarazos desde el 2013 al 2020. Finalmente, en las Conclusiones se presentan las reflexiones sobre la investigación y se consideran posibles líneas de estudio y/o casos para futuras investigaciones.

Capítulo 1

El problema de investigación

1.1 Problematicación y pregunta de investigación

Desde la sanción del Código Penal de la Nación en el año 1921 hasta la promulgación parcial de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (B.O. 15/1/2021),

en Argentina el aborto estuvo parcialmente despenalizado o legalizado por causales, ya que el artículo 86 del mencionado Código establece que no es punible cuando lo realiza un médico en el caso de que corra peligro la vida de la persona gestante, en el de que el embarazo sea producto de una violación o que lo solicite una persona con discapacidad cognitiva.

En el año 2010 en la provincia de Chubut, a raíz de la violación a una menor de 11 años, la madre de la sobreviviente del abuso solicitó que se le realizara una ILE. El Superior Tribunal de Justicia de la provincia habilitó la práctica abortiva que se realizó tres días después de dictada la sentencia. A pesar de ello, el Asesor General Subrogante de la Provincia de Chubut interpuso un recurso extraordinario en representación del embrión en gestación, entendiendo que esa ILE no era procedente porque la niña violada no era idiota o demente, como señala el texto del Código Penal. El caso “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva” llegó a la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que el 13 de marzo del 2012 falló a favor de la interrupción de ese embarazo -en adelante “fallo F., A. L.”-. La Corte hizo una interpretación constitucional y de derechos humanos, es decir, que interpretó con sentido amplio la norma con la expresa intención de que no solo se defina para ese caso particular, sino también para los que puedan presentarse en el futuro. En este sentido, exhortó a las autoridades nacionales y provinciales a que elaborasen protocolos de atención de ILE aplicables a sobrevivientes de violencia sexual.

A raíz del fallo F., A. L., ese mismo año el Ministerio de Salud la CABA estableció su propio “Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punible en los Hospitales del Subsector Público de Salud” -en adelante “Protocolo ANP”- a través de la Resolución N° 1252/2012 (B.O. 10/9/2012).

Sin embargo, dos años después de la entrada en vigencia de este instrumento, en octubre del 2014 una mujer acudió al Hospital Piñero de la CABA solicitando la realización de una ILE, dado que estaba embarazada por causa de un abuso sexual.³ Llegó al hospital derivada por el personal del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 40 -en adelante “CeSAC”- y, sin embargo, el personal de obstetricia se negó a realizar la práctica, dado que la mujer cursaba un embarazo de dieciocho semanas y adujeron que esta circunstancia estaba fuera de la ley. A raíz de ello, las trabajadoras del CeSAC realizaron una denuncia ante el Ministerio de Salud

³ “Denuncian maltrato en el Hospital Piñero”, *Abran Paso*, 6 de noviembre del 2014. <https://www.abranpasoradio.com.ar/denuncian-maltrato-en-el-hospital-pinero/>.

de la Ciudad, dado que tanto el Código Penal como el fallo F., A. L. establecen que en caso de violaciones no existe un plazo límite para realizar la ILE. El Ministerio ordenó al hospital que se realizara la ILE, pero durante la práctica la mujer fue sometida a violencia obstétrica por el personal de salud, ya que le negaron analgésicos para el dolor y la maltrataron psicológicamente.

Si bien el Protocolo ANP de la CABA entró en vigencia en el año 2012, en diciembre del 2016 la Dirección General de Planificación Operativa -en adelante “SSPLSAN”- de este distrito respondió a una solicitud de información pública hecha por Amnistía Internacional informando que contaba con registros de realización de ILE desde el año 2014. Entre ese año y el primer semestre del 2016 se registraron 359 “casos resueltos” -no se especifica si este concepto de “casos resueltos” se refiere a ILE efectivamente practicadas o si incluye solicitudes denegadas-. El motivo de la solicitud de información pública de Amnistía Internacional era conocer “el grado de implementación que desde la cartera sanitaria se garantiza para el acceso efectivo a la anticoncepción y al aborto legal libre de barreras para todas las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires” (Amnistía Internacional 2016, 7).

Por lo expuesto, la pregunta que guía el desarrollo de esta tesis indaga sobre cuáles son los factores que influyeron en la realización efectiva de las ILE en el subsector público de salud de la CABA, entre el 1° de enero del 2013 y el 31 de diciembre del 2020. La elección del caso de la CABA responde a que es un distrito que contaba con un protocolo propio de actuación para solicitudes de ILE, que la salud pública se financia en mayor medida con recursos propios de la misma jurisdicción (Cetrángolo 2014) y que tiene el mayor Índice de Desarrollo Sostenible Provincial (IDSP) en Argentina, de acuerdo con el estudio que llevó adelante el Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre datos del 2016.⁴ La delimitación temporal se debe a que el Protocolo ANP tuvo vigencia desde su publicación en septiembre del 2012 en el Boletín Oficial de la CABA hasta enero del 2021, cuando se promulgó la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (B.O. 15/1/2021). Asimismo, se debe mencionar que en julio del 2020 la Ciudad promulgó la Ley N° 6.312, por la cual adhirió a la Resolución N° 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación

⁴ PNUD. 2017. “¿Cómo están la Argentina y las provincias en los rankings de desarrollo?”. Última consulta: 27 de marzo del 2020. <https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/presscenter/articles/2017/05/12/-c-mo-est-n-la-argentina-y-las-provincias-en-los-rankings-de-desarrollo-.html>

que actualizó el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” (B.O. 4/8/2020) -en adelante “Protocolo ILE”.

Para responder a la pregunta de investigación se presenta la hipótesis de que la realización efectiva de la ILE depende negativamente de la discrecionalidad y la autonomía relativa de las burocracias de base de salud.

La realización efectiva de la ILE se refiere a los casos en los que se han practicado efectivamente los abortos no punibles, dentro del universo de solicitudes presentadas en organismos de salud.

1.2 Estrategia metodológica

Este trabajo es un estudio de caso realizado con metodología cualitativa (Sautu et ál. 2005). Su estructura responde al diseño de investigación flexible, interactivo e iterativo de Maxwell (1996) que aborda la investigación como un todo integrado, no lineal, en la cual sus componentes están interrelacionados y apunta a obtener coherencia interna entre ellos. Este proceso permite reflexionar en cada momento sobre los distintos componentes de la investigación y tomar decisiones sobre el diseño del estudio, lo que permite realizar ajustes sobre los objetivos y propósitos. De acuerdo con este autor (citado en Sautu et ál. 2005), el proceso de análisis en las investigaciones cualitativas suele darse en forma simultánea con la recolección de datos, lo que permite reformulaciones en diversas etapas del diseño.

La recolección de datos se llevó adelante mediante el análisis documental de fuentes secundarias, con el relevamiento de informes del Gobierno de la CABA sobre la situación de las ILE durante el período abordado, el análisis normativo, la solicitud de información pública al Ministerio de Salud de la Ciudad elaborada *ad hoc* y la realización de entrevistas semiestructuradas a informantes claves. La información pública se solicitó al Ministerio de Salud de la CABA en marzo del 2021 a través de la Dirección General de Seguimiento de Organismos de Control y Acceso a la Información y fue respondida de manera incompleta en el mes de julio. La ciudad cuenta con normativa de acceso a la información pública, por lo que se utilizó esta herramienta de transparencia y rendición de cuentas comprendida en la Ley N° 104 de Acceso a la Información Pública, subrogada por la Ley N° 5.784.

Entre abril del 2020 y noviembre del 2021 se llevaron a cabo veintinueve entrevistas. De ellas, quince se realizaron a profesionales del subsector público de salud de la CABA -tres ginecólogos, dos obstetras, tres enfermeras y siete trabajadoras sociales-, ocho entrevistas fueron a socorristas feministas y seis a mujeres que solicitaron ILE en esta jurisdicción.

Los y las profesionales de ginecología, obstetricia, enfermería y trabajo social entrevistados pertenecen al área programática de cuatro hospitales, dos de los cuales se encuentran en el sur de la CABA, el Hospital Penna y el Hospital Piñero, uno en el norte, el Hospital Pirovano, y el restante en el oeste, el Hospital Vélez Sarsfield. Esta selección responde a la distribución espacial de los hospitales públicos en la ciudad, ya que en el sur se encuentra la mayor concentración de nosocomios y de centros de salud que conforman cada área programática.⁵

Dada la sensibilidad de la temática abordada, se garantizó la confidencialidad de todos los y las informantes claves. Los y las profesionales de la salud solicitaron mantener la confidencialidad, puesto que a la fecha de finalización de esta tesis todos se encontraban desempeñando las funciones sobre cuyas experiencias fueron consultados. Por este motivo, no se especifica en qué nosocomio reviste funciones cada profesional, ni si lo hacen en un hospital o en los centros de salud de su área programática.

En lo que respecta a las mujeres que solicitaron las ILE, los pedidos de confidencialidad se basaron en que sus testimonios reconstruyeron momentos traumáticos de sus vidas, independientemente de que algunas de ellas hayan sido acompañadas por socorristas feministas y de las respuestas que obtuvieron del personal de salud que las atendió. Las socorristas también prefirieron no dar a conocer sus nombres ni en qué organización de socorrismo feminista desarrollan sus tareas de acompañamiento y asesoría a personas en situación de aborto.

Se llegó a todos los informantes claves a través de la técnica llamada “bola de nieve” (Taylor y Bogdan 1987). El primer contacto se estableció con las docentes de la materia “Acceso a la interrupción del embarazo en la Argentina: Nuevos aportes de las ciencias sociales y el activismo feminista” de la Carrera de Trabajo Social de Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Dado que las profesionales que dictan la materia son trabajadoras sociales, a través de ellas se contactó con sus colegas que revisten funciones en

⁵ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. “Establecimientos - Hospitales y Centros de Salud”. Última consulta: 15 de febrero del 2020. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/establecimientos>

efectores del subsistema público de salud de la CABA. A su vez, las trabajadoras sociales entrevistadas facilitaron el contacto con médicos y enfermeras que finalmente fueron consultados para este trabajo.

A través del Grupo de Estudios sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (GEDSyR), perteneciente a la Escuela de Humanidades de la Universidad Nacional de San Martín, en el que la autora de esta tesis ha participado, se contactó con socorristas feministas de la organización Socorristas en Red, quienes facilitaron la comunicación con las socorristas entrevistadas. La red es un colectivo conformado por diferentes organizaciones feministas de diferentes lugares del país que se basan en los principios del activismo voluntario y solidario, y forman parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Vale destacar que las entrevistadas no necesariamente forman parte de organizaciones que componen Socorristas en Red, sino que, a través de la bola de nieve, se pudo acceder a activistas de diversos espacios. Mediante estas socorristas feministas se llegó a las mujeres que solicitaron las ILE en el período estudiado y que forman parte de la muestra.

Capítulo 2

Marco teórico conceptual

2.1 Antecedentes

Dada la abundante producción de investigaciones, informes y diversos análisis sobre la práctica del aborto, a continuación se mencionan, sin pretensión de exhaustividad, trabajos que abordan, por un lado, el contexto en el que se enmarca el surgimiento del Protocolo ANP y, por otro, el comportamiento de la burocracia de base de salud en su ejecución concreta, área en la que se inscribe la presente tesis.

En lo que respecta al contexto en el que surge el Protocolo ANP, Lopreite (2020) reconstruye los hechos más destacados de las iniciativas de regulación y ampliación de los derechos al aborto y a la anticoncepción, desde el retorno de la democracia hasta el debate legislativo por la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) del año 2018. Destaca el caso de la CABA,

cuya Constitución de 1996 reconoce los derechos de la mujer y la igualdad de género, lo que permite crear un nuevo marco de ampliación de derechos.

Lamm (2008) sostiene que el acceso al aborto legal y seguro implica garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en tanto derechos humanos. Se trata, esencialmente, de respetar las decisiones de las mujeres inherentes a su condición de persona, a su dignidad y privacidad. Las legislaciones restrictivas atentan contra el derecho a la vida de las mujeres y contra el derecho de autodeterminación reproductiva, íntimamente relacionados con su libertad y su seguridad, y con el derecho a no sufrir tratos inhumanos y degradantes.

En cuanto a las burocracias profesionales, López Gómez (2015) sostiene que hay un déficit de conocimiento en los profesionales sobre los marcos jurídicos y normativos, así como de los aspectos técnicos relacionados con el aborto médico. Sin embargo, a pesar de que disponer de conocimiento legal y técnico es condición para el involucramiento de los profesionales, no resuelve la aceptación del aborto ni una atención de calidad.

Otro de los aspectos relacionados con la práctica del aborto es la objeción de conciencia, que Faerman y Tenenbaum (2018) definen como “un derecho a sustraerse al cumplimiento de una norma jurídica [...] en virtud de razones [...] morales, éticas o religiosas” (387). Sin embargo, explican que no es correcto plantear la existencia de conflicto entre los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la objeción de conciencia, porque si se estuviera ante una situación de riesgo para la salud de una persona gestante y el médico es la única persona que puede realizar una ILE para aliviarla, el profesional no tiene derecho a objetar por razones de conciencia, ya que eso vulneraría los derechos del o la paciente.

Puga y Vaggione (2018) también trabajan sobre la objeción de conciencia, pero la analizan en tanto “construcción político-legal que responde a distintos momentos históricos” (361) y que a partir de la década de 1990 se comenzó a utilizar en temas referidos a la política sexual, en términos de derechos sexuales y reproductivos. Este corrimiento se debió a la que las conferencias de las Naciones Unidas de El Cairo en 1994 y de Beijing en 1995 reconocieron que los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos, en gran parte debido a las demandas feministas (Lopreite 2012).

La doble dimensión política y legal está dada porque no basta considerar solamente sus aspectos normativos, sino que es necesario tener en cuenta a los actores que participan y

cuáles son sus intereses. Observan que en las últimas décadas las justificaciones para invocar la objeción de conciencia en lo relativo a las prácticas enmarcadas en derechos sexuales y reproductivos se han desplazado desde los argumentos religiosos a los de tipo científicos, legales y bioéticos. Esto los lleva a concluir que la admisión de la objeción de conciencia no implica solo una excepción de cumplir con el ordenamiento vigente, sino que deslegitima la ley que se objeta y, por ende, reforma el sistema jurídico.

Por su parte, Deza (2013) analiza la objeción de conciencia como barrera para el acceso al aborto en cuanto traba administrativa. Sostiene que no existe ninguna tensión entre la obligación del secreto profesional y la supuesta obligación de denunciar la práctica de un aborto, y que violar el secreto profesional no solo es ilegal, sino que, además es discriminatorio porque las mujeres pobres terminan siendo las mayores perjudicadas al ser criminalizadas, lo que viola el principio de no maleficencia de la práctica médica. De esta manera, los profesionales de la salud “no sólo no están obligados a denunciar los casos de aborto provocado por la propia paciente, sino que la denuncia invade la órbita de lo ilícito” (Deza 2013, 55). Por otro lado, también reflexiona sobre la elaboración de protocolos de ILE a expensas del exhorto del fallo F., A. L. y concluye que la existencia de una multiplicidad de estos instrumentos provinciales, más que allanar el camino a trabas burocráticas sujetas a la discrecionalidad de los ejecutores de la política, implica la creación de nuevas barreras con requisitos no exigibles en el plexo normativo nacional, ni médicamente necesarios, cuyo mayor impacto es menoscabar la autonomía de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales (2015).

Rostagnol (2014) se enfoca en la influencia que los distintos discursos en torno del aborto tienen sobre las acciones y sentidos en los individuos, y analiza cómo el discurso médico produce realidades y categoriza comportamientos y significados. El discurso de la ciencia médica es uno de los tres discursos socialmente legitimados para referirse al aborto, junto con el de la religión cristiana y el jurídico, y opera con la modalidad de poder experto. De esta forma, los médicos se colocan en una posición de tutelaje hacia las personas gestantes y reproducen un tipo particular de relaciones de poder que la autora llama “*habitus* de género”, por lo cual inciden en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

En la línea de la performatividad del discurso médico se inscribe el informe realizado por el Instituto de Estudios de Género y de la Mujer (2018) de la Universidad Nacional de Cuyo, en

el que se da cuenta de la situación de las mujeres dentro del sistema sanitario y cómo la práctica médica ejerce poder sobre sus cuerpos. Esto se operativiza a través de la naturalización de discursos que asimilan a la mujer con la maternidad obligatoria y obstaculizan el acceso a prácticas abortivas seguras, así como a métodos anticonceptivos.

Roberts (2017) explica que el hecho de que el estatus de una mujer como madre determine su identidad social se debe a la imposición de roles de género que reflejan las actitudes patriarcales de esa sociedad, lo que produce que la identidad de cada mujer quede subordinada no solo a convertirse en madre, sino a convertirse en una “buena madre”. Por este motivo, el embarazo vincula el bienestar de la mujer al del feto en gestación y con ello “la penalización del aborto refuerza la norma según la cual las mujeres deberían querer tener hijos porque fuerza literalmente a las mujeres a convertirse en madres. Aquí, la sociedad considera el rechazo de la mujer a dar a luz como un acto antinatural, una rebelión contra la esencia de su rol” (3). Sin embargo, la autora destaca que la subordinación de la identidad de la mujer a la maternidad es determinada por la sociedad y no por la biología.

Dosso (2015) analiza cómo la negativa de los profesionales a realizar ILE en el sector público se plasma en las mujeres como una tortura física y psíquica. La dimensión psíquica es fundamental porque se trata del sujeto entre el contexto y su cuerpo. En un embarazo forzado hay sufrimiento psíquico y afectación a la salud mental, ya que esta dolencia aparece con la no salida del conflicto y, si hay sufrimiento psíquico, la ley establece que la ILE es viable porque constituye un daño a la salud.

El trabajo de Ramos, Gogna, Petracci, Romero y Szulik (2001) recoge las opiniones acerca de la anticoncepción, aborto y derechos sexuales del personal médico de establecimientos públicos de la CABA y de algunos partidos del Gran Buenos Aires. Los resultados de las encuestas realizadas mostraron que, en general, estos profesionales no contaban con los suficientes conocimientos legales y técnicos en lo relativo a la práctica del aborto, lo que traía aparejado dilaciones en las prestaciones. Asimismo, la mayoría estaba de acuerdo en despenalizar los abortos voluntarios cuando la vida de la mujer o del feto corriera peligro, pero no en casos de que la mujer decidiera abortar en función de su autonomía personal.

Entre las prácticas médicas dilatorias de ILE se encuentra la violencia obstétrica, que es la “que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los

procesos naturales” (Ley de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485, art. 6°, inc. e, *B.O.* 14/4/2009). Camacaro Cuevas (2006) aborda la temática de la violencia obstétrica desde su mismo núcleo: las prácticas y actitudes frente al aborto de los profesionales de la salud. A través de entrevistas a residentes de obstetricia de la Universidad de Carabobo en Venezuela, la autora da cuenta de las ideas, prejuicios, carga valorativa e ideológica del personal médico y de enfermería sobre el aborto, lo que causó la falta de una atención médica adecuada y digna de las personas que llegaron con abortos provocados en curso. La autora identifica que estas situaciones generan un “costo social”, es decir, un alto impacto en la calidad de vida mental, física y social de las mujeres, sobre todo las de menores recursos.

El informe realizado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, el CELS y el CUSAM (2020) relevó las denuncias y procesos penales iniciados contra mujeres por abortos provocados y eventos obstétricos -situaciones inesperadas que desencadenan abortos espontáneos o partos prematuros involuntarios- en veintidós provincias argentinas, entre 2012 y 2020. La mayoría de las mujeres criminalizadas pertenece a sectores de bajos recursos y tiene más de un hijo, y sus causas se iniciaron a raíz de la violación del secreto profesional del personal de salud. A ello se suman diversas formas de violencia obstétrica, como malos tratos, prácticas médicas dolorosas e innecesarias y presiones para que confiesen haberse realizado un aborto, basadas en presunciones del personal de salud, a pesar de que la mujer manifieste no haberlo hecho.

2.2 Marco teórico

En lo que respecta a la burocracia, como sostiene Panebianco (1988) es un concepto polisémico y la ambigüedad de sus significados dificulta su definición. Sin embargo, para conceptualizarla se puede comenzar por la obra de Weber (2000) en la que sostiene que la burocracia es una forma de administración de carácter racional. La dominación política es una de las características del Estado moderno que se vale de la posibilidad de utilización de la violencia legítima como medio de ejercer la dominación social. En este contexto se comprende el concepto weberiano de administración burocrática como el tipo más puro de dominación legal, ya que sus principales características son que es jerárquica, que se apoya

en reglas abstractas, que es de carácter impersonal y que su organización se basa en un sistema de especificidad de cada tarea. Estas características buscaban acotar la discrecionalidad de los funcionarios weberianos separando a la persona de la función que desarrollaba. También Woodrow Wilson (Peters, 1993) se inscribía en la línea argumental de Weber en cuanto sostenía la necesidad de la separación entre política y administración, bajo la premisa de que los administradores profesionales debían tener un coto de acción independiente en pos de eficientizar la gestión de lo público. De esta forma, “la mayoría de quienes han discutido la separación entre política y administración tienden a hacerlo con el fin de impedir la dominación burocrática” (59).

Desde la perspectiva de O'Donnell (1978), el Estado es el aspecto político de una relación social de dominación en una sociedad territorialmente delimitada, es decir, que el Estado tiene por función la dominación social para que haya orden público. La forma de ejercer este poder político es a través de la administración pública, que es la cristalización institucional del aparato estatal, para lo cual entra en juego el sistema legal que está compuesto por las normas que regulan la interacción entre la sociedad civil y el Estado.

Colino y Del Pino (2000) trazan la diferencia entre la racionalidad técnica del burócrata y la racionalidad política. Ponen de manifiesto que la burocracia para Weber no es un actor, porque la dirección política está en manos del Estado, por lo que ella es una simple ejecutora que se apoya en una jerarquía y es meramente instrumental.

Mayntz (1985) coincide con Weber en que las burocracias públicas son profesionales y son agentes de aplicación de las políticas, pero discrepa cuando señala que ello no significa que sean instrumentos inertes. Considera que la burocracia es un actor político que tiene vocación de poder y que el esquema burocrático de subordinación jerárquica se puede modificar informalmente, en función de los intereses de las personas individuales que la conforman. Critica al modelo weberiano la sujeción sofocante a las reglas, lo cual termina inmovilizando el accionar burocrático, no permite resolver los conflictos intraburocráticos que se generan ante la imposibilidad de contemplar casos excepcionales y no permite la innovación. Este autor introduce la distinción entre política y administración, la cual en Weber (2000) está presente, pero le otorga otro significado. En este punto es crucial la tensión que identifica entre los jefes y la administración, ya que “aquellos desean una Administración que sea instrumento de realización de los objetivos propuestos por ellos, al tiempo que el sector

administrativo tiende a sustraerse a esta dependencia y a utilizar su poder para imponer sus propios intereses y puntos de vista” (Mayntz 1985, 75).

Oszlak (2006) encuentra que lo específico de la burocracia es su estatalidad, lo que equivale a decir que la burocracia es esencialmente estatal. Sin embargo, advierte que la burocracia pública no es “el resultado de un proceso racional de diferenciación estructural y especificación funcional, ni su desarrollo sigue un diseño planificado y coherente” como sostenía Weber, sino que es “la expresión material del Estado [...] y el brazo ejecutor que implementa sus políticas” (Oszlak 2006, 2). Desde su perspectiva, la burocracia es el espacio donde se materializa la acción de Estado, es una arena de conflicto político donde se dirime el conflicto social permanentemente, y esta es su especificidad. Al igual que Mayntz (1985), reconoce en la burocracia una capacidad de acción e independencia para ejercer sus funciones, aunque va más allá porque le asigna la especificidad de la estatalidad y plantea que es ella misma el lugar donde se dirime el conflicto social.

Lipsky (1996) acuñó el concepto “*Street-level bureaucrats*”, o “burócratas de base” en su traducción al español, para referirse a aquellos funcionarios que -aunque habitualmente son vistos como funcionarios de bajo nivel, es decir, subordinados- interactúan directamente con los ciudadanos en el desarrollo de sus tareas y que, además, disponen de un margen de discrecionalidad importante en la ejecución de su trabajo. Estos empleados cuentan con “niveles relativamente altos de discrecionalidad y autonomía relativa respecto a la autoridad organizativa” (Lipsky 1996, 281). En tanto la burocracia de base sea profesional, la discrecionalidad es inherente a su desempeño, ya que se espera que tomen decisiones en función de sus saberes. Por autonomía relativa sostiene que se refiere a la discrepancia entre las perspectivas y las preferencias de dirección del organismo que tiene la autoridad a la que responden, por lo que es esperable que exista “un grado desigual de sumisión si los intereses de los escalafones inferiores difieren de los intereses de aquellos que están en niveles superiores, y si el sistema de incentivos y sanciones disponibles por los niveles superiores no es suficiente para imponerse” (285). Sostiene que desempeñan un rol crítico porque la manera en que distribuyen beneficios y sanciones estructura y delimita las oportunidades y la vida de los ciudadanos, dado que determinan el contexto político y social en que estos actúan. Además, son los que en última instancia definen qué se implementa y en qué condiciones y, por tanto, cómo llegan a los ciudadanos. Según el autor, la mayoría de los problemas

desaparecerían si esta discrecionalidad fuera eliminada. Considera que los trabajadores de los escalafones inferiores pueden tener intereses diferentes de sus jefes y recursos suficientes para perseguirlos, con lo cual es esperable que existan discrepancias entre las políticas planeadas y las reales, dada la estructura de los trabajos en los que aparecen los intereses antagónicos. Estos empleados, al igual que el resto de los individuos, tienen criterios personales sobre quién es merecedor o no de los servicios que prestan, apoyados en el elevado grado de conocimiento especializado sobre sus áreas, y según sus capacidades podrán reforzar más o menos su influencia como elaboradores de facto de políticas. De esta forma, según Lipsky (1996), la burocracia de base es la elaboradora final de las políticas.

A partir del concepto de burócratas de base, Maynard-Moody y Musheno (2000) sostienen que este tipo de burocracia además de agentes del Estado son agentes de los ciudadanos, ya que consideran que su función es atender las necesidades de la ciudadanía y este rol determina la manera en la que toman las decisiones inherentemente discrecionales.

Por otro lado, Maynard-Moody y Portillo (2011) amplían la definición de Lipsky de burocracia de base para incluir diversos tipos de trabajadores. Sostienen que no es necesario que estos empleados tengan una relación directa con la ciudadanía, sino que lo importante es que utilicen su discrecionalidad y su juicio para actuar en cada caso concreto. De esta forma, los burócratas de base refuerzan y reproducen el sentido de orden moral de la comunidad que perciben, enfatizando su papel en la formulación de las políticas. Por ello, advierten que no todos los trabajadores de primera línea son burócratas de base.

El sesgo de género existente en la lógica burocrática clásica ha sido señalado por diversas autoras. Para comprender este sesgo conviene comenzar por identificar que responde a lo que Puleo (1996) llama sistema de género-sexo o patriarcado. Se trata de un sistema de dominación masculino sobre las mujeres presente en todas las sociedades conocidas y que se basa en el control económico, político, religioso, militar y sexual tanto del ámbito público como del privado. En tanto sistema de dominación, tiene sus pilares en la coerción y en el consentimiento. Esto implica que, por un lado, se apoya en la violencia sexual ejercida contra las mujeres y, por otro, construye un discurso legitimador. Este discurso, si bien nace a expensas de la religión y justifica la diferencia jerárquica entre los sexos, se mantiene y consolida con el surgimiento de la racionalidad occidental y las ciencias. En respuesta a ello, dentro del feminismo se elabora el concepto de género para poner de manifiesto que las

diferencias basadas en los sexos no son hechos naturales, sino que responden a construcciones culturales. Facio y Fries (2005) identifican el surgimiento del patriarcado en la familia, cuyo orden jerárquico basado en la autoridad del padre se proyecta desde el ámbito privado al público y se encarna en las instituciones de la sociedad política y civil para mantener y reforzar la subordinación de las mujeres a los hombres. El objetivo de esta subordinación está en el control y disciplinamiento del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres, con la intención de controlar su sexualidad y la capacidad reproductiva. Para llevar a cabo esta tarea, los hombres se apoyan en las instituciones que han creado en la esfera pública, entre las que se encuentran el derecho y la medicina.

Desde una perspectiva feminista radical, Ferguson (1984) identifica las estructuras de poder de la burocracia como una fuente de opresión tanto para mujeres como para hombres. Considera a la burocracia como una estructura y un proceso al mismo tiempo. En cuanto estructura, entendiendo a la burocracia como una organización, responde a las características weberianas, mientras que, en cuanto proceso, configura un ordenamiento de la acción humana que evoluciona desde determinadas condiciones históricas y hacia ciertos fines políticos. Es decir, que en cuanto proceso Ferguson aborda la burocracia como ideología. Dentro de este marco, la autora comprende a la burocracia como un tipo de sistema social que produce y reproduce determinados actos sociales, da valor a determinados objetos sociales, valoriza ciertos lenguajes y pondera determinado tipo de conductas y motivaciones (Gaba 2008). Al entender a la burocracia como una arena política de luchas por poder, estatus y valores personales, considera que este ente no puede ser eficiente, porque el argumento de la eficiencia se desarrolló para enmascarar la función de control que su jerarquía lleva adelante. En este sentido, al considerarse a sí misma como un instrumento no ideológico, la burocracia adopta la forma de un tipo de cientificidad para volverse ideológicamente invisible. Establece una analogía entre la jerarquía burocrática y los roles de género en la sociedad, lo que le permite sentenciar que tanto los burócratas en la organización como las mujeres en la sociedad ocupan un lugar subordinado. Esto la lleva a concluir que se produce un proceso feminización por el que los burócratas, al igual que las mujeres en la sociedad patriarcal, son subordinados y débiles dentro de la organización. Al hablar de “feminización”, Ferguson se refiere al proceso por el que las mujeres adoptan un rol de subordinación en los diferentes ámbitos de la sociedad patriarcal, como consecuencia política de la dominación masculina. En palabras de la autora, “Las mujeres no tienen poco poder porque son femeninas, más bien

son femeninas porque tienen poco poder” (Ferguson, citada en Gaba 2008, 53). A partir de ello, concluye que la feminización como proceso es político y no biológico, por lo que se constituye en un complemento estructural de la dominación. Por este motivo, ve que solamente eliminando todas las formas institucionalizadas de dominación y reconstruyéndolas en base a valores y prácticas feministas como el cuidado, la crianza y la comunidad, es posible alcanzar la liberación humana.

Stivers (2003 y 2005) tiene una lectura similar sobre la burocracia, dado que ve que la cultura de la neutralidad, basada en la no expresión de opiniones personales sobre las actuaciones administrativas y de gobierno, emite el mensaje de que la burocracia debe obviar sus convicciones y recurrir a normas universales para evaluar las situaciones que se les presentan. A través de esta operación, la burocracia se desliga de las cuestiones particulares y enfatiza el uso de la racionalidad y objetividad, rasgos tradicionalmente considerados como masculinos. Estas características son la contracara de la emoción y la sensibilidad, rasgos que se asocian con lo femenino, y que en la dinámica administrativa son desestimadas por ineficientes, ideológicas y vinculadas a intereses parciales. La solución que plantea la autora se basa en una reconceptualización feminista de la autoridad, es decir, que incluya la diversidad de etnia, clase y género como fuentes de cambio (Meier 2003, Stivers 2003 y 2005).

Martin (1987) resume diversas críticas a la visión de Ferguson sobre la burocracia argumentando que no da cuenta de las múltiples dimensiones que entraña este tipo de organización, que, además, son relativamente independientes entre sí, lo que conlleva diferentes consecuencias. Sostiene que es poco realista la consideración de Ferguson (1984) de que la práctica burocrática ordena la sociedad en torno de un discurso que exacerba la racionalidad y que para cambiar el estado de situación el discurso burocrático deba ser reemplazado por el discurso feminista, es decir, que la burocracia desaparezca tal como se la conoce y que en su lugar se construya otra forma de organización colectivista con principios feministas. Esta crítica apunta a que cambiar el discurso burocrático racional por uno feminista no socava el sistema político y económico, que es la base que sostiene ese discurso. Aun así, es posible que una burocracia sea feminista, porque es factible gestionar una organización a través de modos de poder jerárquico e igualitario y respetar los principios de igualdad, aceptación de la diversidad y empoderamiento.

En línea con esta crítica, Ashcraft (2001, 2007) sostiene que la existencia de una burocracia feminista configura una forma híbrida y desarrolla el concepto de “disonancia organizada” para analizarla. Esa hibridez viene dada por la conjunción del feminismo y la burocracia, mientras que la disonancia se refiere a que, por su propia naturaleza, tiene elementos discordantes que deben ser continuamente organizados y gestionados. Esos elementos discordantes se resumen en las “dialécticas desigualdad/igualdad y centralización/descentralización” referidas a “la fusión irónica de estructura jerárquica y práctica igualitaria” (Ashcraft 2001, 1304). De esta forma, analiza la posibilidad de existencia de un tipo de organización que combine la forma de burocracia jerárquica -en la que las decisiones son tomadas por quienes están en los puestos superiores de mando- con la búsqueda feminista de consenso -que implica un modo de relación en el cual no hay jerarquías y las decisiones son tomadas y aceptadas por todos-. La fusión de modos de poder jerárquico e igualitario configura un modelo de burocracia “posburocrático”, ya que no responden a directivas emanadas desde la cúpula, sino que se conducen por principios de igualdad y diversidad. Por este motivo, el funcionamiento de este tipo de organización descansa sobre la voluntad de sus miembros de colaborar para que así sea.

En lo referente a la práctica del aborto, cuando el artículo 86 inciso 1º del Código Penal habla de peligro para la vida, no menciona que este peligro deba ser grave, sino que basta con que haya riesgo para la salud. El riesgo se conceptualiza como la probabilidad de que exista un daño, sin necesidad de la certeza de su ocurrencia. Asimismo, su identificación no debe ser discrecional, sino basada en la certificación objetiva de la posibilidad de que ocurra el daño. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud -en adelante “OMS”- (2020, 1) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El aspecto físico o biológico de la definición se refiere al cuerpo de la persona gestante, por lo tanto, el riesgo a la salud física es algo que ella misma tiene que evaluar con información veraz y decidir si está dispuesta asumir, dado que esto no es incumbencia de los profesionales de la salud, quienes se deben limitar a identificar si esos motivos coinciden con indicadores de riesgo a la salud. La dimensión psíquica es fundamental porque se trata del sujeto entre el contexto y su cuerpo. Hay sufrimiento psíquico frente a un embarazo forzado, ya que esta dolencia aparece con la no salida del conflicto, es decir, con la imposibilidad de elegir interrumpir la gestación. Si hay sufrimiento psíquico ya hay afectación a la salud mental, y la ley establece que si hay probabilidad de

daño a la salud se puede acceder a la ILE porque el daño psíquico ya existe. El último componente la definición de salud se refiere a la parte del espacio social, dentro del cual es necesario analizar los contextos sociales en los que viven las personas que acceden a una interrupción del embarazo. En ese sentido, las mujeres más pobres son las más vulnerables, ya que ven sus derechos lesionados cuando el Estado se recusa a seguir con el procedimiento de interrupción del embarazo enmarcado en las causales contempladas por la ley.

Capítulo 3

Presentación y discusión de resultados

En este capítulo se presentan los hallazgos resultantes del análisis documental, normativo y de las entrevistas realizadas a informantes claves.

Antes de abordar el análisis de la actuación de la burocracia de base en la realización de ILE en la CABA, resulta necesario comenzar por esbozar la estructura del sistema de salud en el cual se inserta y explicar cuáles son sus funciones y alcances.

3.1 Estructura del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires

La Ley N° 153 de Salud de la CABA establece que su sistema de salud está integrado por los subsectores estatal, de la seguridad social y privado que desarrollan sus actividades en su territorio. El Ministerio de Salud es la autoridad de aplicación de la Ley y es quien “conduce, controla y regula el sistema de salud” (Ley N° 153, texto consolidado por Ley N° 6.017. B.O. 28/5/1999). Si bien entre sus funciones se encuentra la organización y articulación entre los tres subsectores, se destaca su ámbito de injerencia en la organización del subsector estatal y su descentralización, lo que se produce a través de la construcción de redes y niveles de atención. De esta forma, se promueve el desarrollo de la capacidad de gestión de los servicios a nivel de cada Comuna.

El subsector estatal está compuesto por una red de atención con diferentes niveles, que van del primer al tercer nivel y categorizan la atención de acuerdo con sus capacidades de respuesta. El primer nivel está compuesto por los CeSAC y los Centros Médicos Barriales -en adelante “CMB”. Los CeSAC son centros de gestión comunitaria, tanto en temas de salud como en cuestiones relativas a acciones sociales de nivel territorial, por lo que además del personal de las diferentes ramas de la salud, cuentan también con trabajadores sociales y sociólogos. Estos centros se dedican a la atención primaria de la salud y se ocupan de cuadros clínicos de baja complicación, por lo que en caso de que la persona necesite atención más específica se la deriva al segundo o al tercer nivel. En tanto, los CMB son unidades de atención primaria más pequeñas en las que se atienden pocas especialidades médicas y se orientan a actividades de prevención y promoción de la salud. De esta forma, los centros del primer nivel de atención resuelven el 80% de las consultas de salud en la CABA.⁶

El segundo nivel de atención está compuesto por servicios especializados de salud, tanto ambulatorios como de internación. Cuentan con un equipo multidisciplinario, reciben derivaciones de los centros del primer nivel -por eso se los llama hospitales de referencia- y están capacitados para atender las problemáticas de salud de un nivel medio de complejidad. En este nivel se encuentran los hospitales generales. Por último, el tercer nivel de atención está compuesto por los hospitales especializados y los de alta complejidad, ya que cuentan con mayor tecnología para dar respuesta a situaciones específicas y más complejas (Ley N° 153, texto consolidado por Ley N° 6.017. B.O. 28/5/1999).

La CABA cuenta con treinta y cinco hospitales públicos, cuarenta y cinco CeSAC y treinta y un CMB,⁷ todos regulados por la Ley N° 153. De acuerdo con el art. 24 de esta Ley, los efectores de salud “son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud” (Ley N° 153, texto consolidado por Ley N° 6.017. B.O. 28/5/1999), por lo que tanto los hospitales del subsector público de salud, como los CeSAC y los CMB son efectores de salud.

⁶ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. “Centros de Salud y Hospitales”. Última consulta: 23 de marzo del 2020. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/actividades-en-establecimientos-de-salud/centros-de-salud-y-centros-medicos-barriales>

⁷ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. “Establecimientos - Hospitales y Centros de Salud”. Última consulta: 23 de marzo del 2020. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/establecimientos>

3.2 Las realizaciones de ILE en el subsector público de salud de la Ciudad de Buenos Aires

Al analizar el esquema de realización de ILE que establecía el Protocolo ANP y los informes de gestión elaborados por la autoridad sanitaria, es posible identificar las líneas de acción y estrategias previstas para dar curso a las demandas. Sin embargo, en las entrevistas realizadas para esta investigación surgieron discrepancias entre las acciones previstas en el Protocolo ANP y las prácticas concretas llevadas adelante por la burocracia de base de salud. El contenido de este apartado da cuenta de las discrepancias encontradas.

3.2.1 *El procedimiento de ILE según el Protocolo ANP y los informes oficiales*

El Protocolo ANP establecía que el plazo para la realización de las ILE debía no ser mayor a cinco días hábiles desde la solicitud y dentro del límite gestacional de doce semanas. Para cada solicitud de ILE se preveía la constitución de un equipo interdisciplinario con personal médico, materno infantil, técnico y trabajadores sociales. También disponía que el personal médico podía requerir interconsultas con otros especialistas para constatar el peligro para la vida o para la salud de la mujer embarazada y que el director del efector de salud debía confirmar el diagnóstico y la procedencia de la práctica. Estos requisitos entraban en contradicción con lo dispuesto en el fallo F., A. L., puesto que los consideraba parte de “procesos burocráticos dilatorios de la interrupción legal del embarazo que llevan ínsita la potencialidad de una prohibición implícita” y que “exigir más de un profesional de la salud para que intervenga en la situación concreta [...] constituiría un impedimento de acceso incompatible con los derechos en juego” (Fallos: 335.1:218).

Contemplaba que el personal de salud podía invocar la objeción de conciencia en el momento en que se presentara cada solicitud de ILE, mientras que la interpretación de la Corte Suprema indicaba que esta debía manifestarse en un solo acto cuando ese profesional de la salud comenzara sus actividades en el efector para que, por un lado, la institución tuviera conocimiento de los recursos de los que disponía y, por el otro, se evitaran dilaciones en la realización de ILE en el momento en que se presentara.

Otro de los requisitos, para que en las entrevistas el personal médico determinara la viabilidad de la ILE, era que junto con la presentación de la declaración jurada de la persona que solicitaba la práctica, en la que manifestaba que su embarazo era producto de una violación, el formulario que debía completar incluía preguntas sobre la fecha, hora y lugar en que ocurrió el abuso, las características del abusador y en qué circunstancias se llevó a cabo. Si bien el formulario contenía la leyenda de que la falta de esos datos no invalidaba la realización del ILE, esto no solo pasaba por alto la interpretación de la Corte Suprema de que el único requisito necesario era la declaración jurada de la persona solicitante (Fallos: 335.1), sino que además revictimizaba a la persona abusada y permitía la intervención del criterio médico para determinar la procedencia del ILE, lo que lo convertía en una situación dilatoria.

Finalmente, en las entrevistas con las personas solicitantes de ILE, el personal médico debía informarles que tenían a disposición ayudas públicas y coberturas sanitarias para continuar adelante con el embarazo, así como la posibilidad de tramitar la adopción. Esto también contradecía la recomendación de la Corte Suprema de brindar asistencia inmediata a las víctimas de violencia sexual y avasallaba la integridad psíquica de la mujer al sugerirle seguir con un embarazo que fue consecuencia de un hecho traumático.

A pesar de que el Protocolo ANP establecía la realización de ILE antes de las 12 semanas de gestación, los informes de la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la CABA -en adelante "CoSSVIHITS", anteriormente Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS- sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en la ciudad, dan cuenta de que también se realizaban pasado ese plazo. De acuerdo con ellos, las solicitudes de ILE de hasta 12,6 semanas de gestación se gestionaban en el nivel primario de atención en los CeSAC, mientras que aquellos casos que superaban las 12,6 semanas o presentaban alguna complicación se los atendía en el segundo nivel, es decir, en los hospitales de agudos.

El procedimiento para llevarlas a cabo difería dependiendo del nivel de atención del que se tratase, por lo que en los efectores del primer nivel de atención era ambulatorio y se entregaba a las personas gestantes las dosis de misoprostol de ingesta oral según los protocolos de la OMS. Si el embarazo era mayor a las doce semanas, se derivaba a la persona al segundo nivel de atención, porque se necesitaba internación y el procedimiento indicado podía ser la administración de misoprostol, el aspirado manual endouterino (AMEU) o el raspado uterino evacuador (RUE), dependiendo la situación de la mujer.

Los informes de la CoSSVIHITS muestran la evolución de la aplicación de esta política pública en lo que respecta a cantidad de casos abordados cada año, como en lo relativo a los niveles de atención en los que se llevaron a cabo. De esta forma, consignan que en el año 2014 las prácticas se realizaban mayormente en dos hospitales -Álvarez y Argerich- y que con el correr de los años ese abordaje se fue desplazando hasta consolidarse el esquema de atención en los CeSAC hasta las 12,6 semanas y derivación a hospitales de referencia pasado este tiempo de gestación. También indican la cantidad de “situaciones de aborto asistidas” cada año -sin especificar si se refiere a abortos efectivamente practicados o si incluye solicitudes denegadas- y las causales en las que se encuadraban. De acuerdo con el Código Penal, estas son evitar un peligro para la vida o la salud de la persona embarazada y si el embarazo es producto de una violación. Sin embargo, además de estas dos, en los informes se menciona la causal de salud integral en los términos que la define la OMS y que contempla el equilibrio entre las esferas física, psíquica y social. A partir del año 2016 la causal de salud fue la más invocada.

Además del análisis de fuentes secundarias, se realizó un pedido de información pública al Ministerio de Salud de la CABA, en el que se solicitaron datos que profundizaran y actualizaran los plasmados en los informes de la CoSSVIHITS, y se indagó sobre información que no figuraba en ellos (ver Anexo 1). A pesar de que la Ley N° 104 de Acceso a la Información Pública establece un plazo de respuesta máximo de 25 días hábiles, la resolución del trámite fue enviada por el ente tres meses después de vencido el plazo estipulado (ver Anexo 3). En esta comunicación se indicó que todos los datos solicitados formaban parte del informe “Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020” de la CoSSVIHITS, disponible en la página *web* del Gobierno de la Ciudad. Sin embargo, la respuesta recibida no cumple con los requisitos establecidos en la Ley N° 104, ya que no contesta de manera completa, adecuada ni oportuna a la solicitud de información. Entre las omisiones a la información solicitada se encuentran los datos de la implementación del Protocolo ANP de los años 2013, 2014 y 2015, si se han rechazado solicitudes de ILE en algún efector de salud, si algún centro de salud o profesional interviniente fue denunciado por negarse a realizar ILE, si hubo denuncias de violencia obstétrica o institucional, si existe un registro de objetores de conciencia y si se han rechazado solicitudes de ILE por este motivo.

En la próxima sección se coteja la información oficial provista por los informes de gestión de la CoSSVIHITS con la aportada por los y las informantes claves en las entrevistas realizadas.

3.2.2 *El procedimiento de ILE según informantes claves*

En esta sección se reconstruye el procedimiento de implementación de ILE en los efectores del subsector público de salud de la CABA desde los testimonios de sus protagonistas, es decir, el personal de ginecología y obstetricia, el de enfermería, el de trabajo social, mujeres que solicitaron una ILE y socorristas feministas. El interés está puesto en identificar las prácticas concretas llevadas a cabo por la burocracia de base de salud y cómo ello repercutió en la implementación de la política pública.

En las entrevistas llevadas a cabo, trabajadoras sociales explicaron de qué manera se implementaba la ILE cuando llegaba una persona a solicitarla. En palabras de una de ellas, que reviste funciones en un CeSAC de la zona sur,

“antes del caso F., A. L. teníamos una lucha constante con el hospital porque venía una mujer abusada pidiendo un aborto y los médicos no querían saber nada, pedían pruebas de violación, se atajaban con la objeción de conciencia y la que te quedaba era ir a la justicia para que se hiciera el aborto. Todo esto con un embarazo avanzando y una mujer revictimizada, porque nadie estaba mirando a esa mujer”.

Otra trabajadora social, también de un CeSAC de zona sur, señaló que

“antes del caso F., A. L. y del protocolo, para garantizar abortos seguros la estrategia fue tejer alianzas entre les (sic) profesionales de diferentes CeSAC y realizar talleres de formación y sensibilización, tanto a los equipos de los CeSAC como a los de los hospitales que quisiesen participar”.

Si bien el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la CABA es quien tiene la función de formar al personal y garantizar la aplicación las ILE, esta función fue ejercida mayormente por la red de profesionales tejida *ad hoc*, por lo que cuando se emitió el fallo F., A. L. había una buena cantidad de profesionales capacitados. La profesional también indicó que

“después de ese caso [F., A. L.] los talleres se transformaron en cursos sobre el aborto como práctica legal y les (sic) profesionales de diferentes CeSAC de los primeros talleres terminamos formando la Red [de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir] en el 2015”.

Luego de la elaboración del Protocolo ANP en el 2012 la dinámica de atención no cambió, como lo explica una ginecóloga que trabaja en un CeSAC de la zona oeste, pero

“la diferencia está en que ahora hay un marco legal para que los médicos tengamos cierta seguridad de que no estás arriesgando la matrícula, porque tengo compañeras que fueron denunciadas y estuvieron con causa judicial. La cuestión después es encontrar médicos que hagan abortos en los hospitales, porque la mayoría se negaba, por convicciones personales algunos y por desconocimiento otros”.

Una de las obstetras consultada, que reviste funciones en uno de los hospitales públicos considerados, es la única objetora de conciencia entre las personas que formaron parte de las entrevistas y manifestó que en varias oportunidades declinó solicitudes de ILE porque considera que, independientemente de la cantidad de semanas de gestación,

“el bebé (sic) está vivo”.

Cuando se le consultó si consideraría realizar una ILE a una sobreviviente de abuso sexual, dijo que es muy difícil saber si una persona efectivamente fue abusada, porque

“muchas mienten y cuentan historias que no coinciden, dicen que no tienen condiciones económicas y que el embarazo les afecta psicológicamente. Yo soy médica y creyente, estoy obligada a cuidar las vidas y la objeción de conciencia protege mi derecho a no ir en contra de mis principios”.

Este testimonio refuerza lo que sostienen Faerman y Tenenbaum (2018) cuando argumentan que un profesional de la salud que decide voluntariamente trabajar en el Estado se encuentra obligado a garantizar los derechos sexuales y reproductivos que este prevé, ya que su función es implementar las políticas públicas existentes. De esta manera, el profesional de la salud no puede alegar que el Estado lo esté obligando a hacer algo en contra de sus principios.

De acuerdo con el relato de una trabajadora social de un CeSAC de zona sur,

“cuando una mujer llegaba a un CeSAC, el equipo de salud le realizaba una entrevista para evaluar la viabilidad de la práctica y una vez constatada la pertinencia, se acompañaba a la mujer al hospital para su internación”.

Según los testimonios de las trabajadoras sociales y médicas de los CeSAC entrevistadas, en el segundo nivel de atención el personal de salud era reticente a realizar las ILE y presentaban diferentes tipos de obstáculos. El más utilizado fue la validación de las causales establecidas en la entrevista del CeSAC, por lo que se volvía a someter a la mujer a una nueva entrevista, revictimizándola, a pesar de tener la declaración jurada firmada. Como manifestó una mujer entrevistada que solicitó una ILE en el 2014,

“llegué al CeSAC por las socorristas, me vieron una médica y una trabajadora social y me derivaron al hospital. Primero fue difícil que me den un turno y cuando lo conseguí, llego y me dicen que me tienen que volver a evaluar. Me preguntaban si yo sabía que tenía que usar anticonceptivos para no quedar embarazada, porque el aborto se hacía en caso de abuso y decían que tenían que ver si me lo podían hacer a mí”.

La mujer que relató esta situación tenía 24 años cuando solicitó la ILE, no tenía hijos y, a pesar de utilizar pastillas anticonceptivas, inició un tratamiento cuya medicación prescripta interfirió con su efectividad. La causa que figuraba en el formulario de derivación del CeSAC era “salud integral”, pero los hospitales daban curso únicamente a las solicitudes encuadradas en las causales de violación y no hacían a lugar al planteo de salud integral. Esta mujer pudo acceder a la ILE después de que el personal del CeSAC insistiera, pero como relató,

“fue horrible pasar por todo eso, me hacían sentir que merecía que me maltraten por pedir un aborto, aunque me había cuidado, pero fallaron las pastillas por mi medicación, que tampoco me informaron que podía pasar”.

Otra trabajadora social de un CeSAC de zona sur contó cómo en los hospitales se revictimizaba a las personas que habían sufrido un abuso sexual, en el marco de lo que se cataloga como violencia obstétrica, ya que

“en muchos casos, los jefes de obstetricia miraban las ecografías y preguntaban la fecha del abuso sexual para cotejar que coincidiera con lo que indicaba la imagen”.

De esta forma, el profesional médico era quien terminaba definiendo la causal del aborto y si lo realizaba o no, en lo que la trabajadora social expresó como “validación científica de lo

social”. Así fue como se configuró una disputa política entre el personal de los CeSAC y el de los hospitales por qué era lo que se entendía por causal de salud y el desafío de los primeros fue cómo justificar el informe para que cuadrara en las causales. A través de la organización de la red de profesionales de los CeSAC se disputó el sentido del concepto salud integral y por la presión ejercida se logró que todas las derivaciones llevaran esta causal para evitar los rechazos.

Dados los casos de violencia obstétrica, se articularon entre el personal de los CeSAC y las socorristas feministas estrategias de acompañamiento a mujeres internadas en los hospitales a la espera de las intervenciones, ya que en muchos casos las internaciones duraban siete días. Las mujeres necesitaban un acompañamiento constante debido a la violencia de la que eran objeto, como relata una de las socorristas acerca de las situaciones que vivió en varias oportunidades en un hospital de la zona sur, donde

“en la recepción de ginecología se repartían números para sorteos de ropa de bebé cuando había mujeres esperando su ingreso para abortar”.

También relató que

“decidimos acompañarlas porque todo el tiempo sobrevolaba la amenaza de la denuncia. Mujeres que salían de las consultas llorando porque ginecólogos (sic) y obstetras les decían que si no había pruebas de abuso sexual, el aborto era un filicidio y tenían la obligación de denunciarlas. Algunas (sic) les preguntaban si ‘el padre del bebé’ sabía del embarazo y qué opinaba del aborto”.

Este maltrato recibido por las mujeres se configura como violencia obstétrica porque tiene implícito el disciplinamiento de las que no desean convertirse en madres, ya que en la legislación argentina no existía la obligación de denunciar a una mujer que quisiera hacerse un aborto, porque eso supondría violar el secreto médico. Sin embargo, lo que sí constituye un delito es violar la confidencialidad médico-paciente a través de una denuncia (Deza 2013).

Otra socorrista de la misma organización contó que

“los médicos mostraban el feto extraído a la mujer internada”

y que

“los enfermeros les daban a las pacientes las pastillas de misoprostol sin indicar de qué manera tomarlas e incluso pasaban días sin proveerles la medicación”.

Una socorrista que acompaña mujeres en la zona oeste de la ciudad relató que

“teníamos que turnarnos con las trabajadoras sociales para quedarnos con las mujeres adentro de la habitación, porque las monjas de las capillas de los hospitales pasaban por las habitaciones repartiendo estampitas de santos y vírgenes y ofreciendo rezar por ‘el niño por nacer’”

e, incluso,

“el personal de limpieza solía hacer comentarios cuando entraba a acondicionar las habitaciones”.

Todas estas prácticas, sumadas a la violencia verbal y emocional, tenían por finalidad producir que la mujer dudase de su decisión y, en el caso de que quisiera seguir adelante, disciplinarlas sometiéndolas a un legrado. Las entrevistas a mujeres que atravesaron ILE en el segundo nivel de atención confirmaron que estas prácticas eran habituales y muchas de ellas las padecieron. Entre ellas, una mujer entrevistada, que solicitó la ILE en el 2017, relató

“yo tomé las pastillas [de misoprostol] como me indicaron, pero no logré expulsar todo, y cuando fui a la consulta [postaborto] que me hicieron la ecografía, una enfermera me dijo ‘es fuerte, quiere vivir’”

y prosiguió,

“yo ya no tenía nada adentro, solo unos coágulos que me tenían que sacar, pero me seguían diciendo esas cosas para maltratarme psicológicamente. Después me querían hacer el raspado [legrado] sin anestesia, pero la socorrista me había avisado que siempre pida anestesia y tuve que rogarles que me la pusieran”.

El legrado es una técnica desaconsejada por los estándares internacionales debido a las complicaciones que puede acarrear, como perforación de útero y sangrados profusos. Sin embargo, la decisión de continuar utilizándolos se entiende como una forma de violencia obstétrica que tiene implícito el disciplinamiento de las mujeres que no desean convertirse en madres.

Los testimonios de todas las socorristas entrevistadas convergen en que lo principal del activismo es el acompañamiento a personas en situación de aborto, ya sea que decida concretarlo o que tome la decisión de seguir con el embarazo, porque como explicó una de ellas que acompaña mujeres en la zona noroeste de la CABA,

“el acompañamiento no pasa por solo el aborto, sino por la necesidad de esa persona”.

Desde la llamada inicial de la persona que busca asesoramiento, el socorrismo hace el acompañamiento durante el proceso de la ILE y también después de él, hasta que deja de necesitar esa ayuda, ya que

“algunas saben que hay un protocolo, pero no saben a dónde acudir y cómo solicitarlo, y algunas simplemente tienen miedo de que las señalen”.

Otra socorrista de una organización de la zona del centro geográfico de la CABA explicó que

“lo que nos importa es acompañarlas, porque el aborto tiene que ser feminista, [es decir] seguro, amoroso y acompañado”.

Entre las experiencias narradas de procesos de acompañamiento en virtud de la articulación con profesionales de los CeSAC, la mayoría de las socorristas feministas fue testigo de situaciones de violencia obstétrica, tal como se desprende del relato de una socorrista que hace acompañamientos desde el 2015. Contó que

“pasó varias veces que, en vez de la cantidad total de comprimidos del tratamiento, les daban menos y las mandaban a sus casas con la indicación de que cuando empezara el sangrado fueran al hospital. Cuando volvían al hospital se encontraban con que no había médicos de tocoginecología disponibles y eran maltratadas por el resto del personal”.

Otra socorrista agregó que

“la forma de tratar a las mujeres depende de qué médico te toque. Hay hospitales en donde todo el servicio de ginecología son objetores de conciencia y la mayoría son hostiles, pero al menos sabemos quiénes son y cuándo atienden, así evitamos que las chicas vayan cuando ellos están”.

La performatividad del discurso médico (Rostagnol 2014), que asocia la maternidad como destino natural de la mujer (Roberts 2017), se basa en una concepción esencialista que, en tanto reproductora de las relaciones patriarcales de dominación, se apoya en la violencia sexual ejercida contra las mujeres para justificar la diferencia jerárquica entre los sexos. De esta forma, se comprende que cuando se penaliza a la mujer por la realización de un aborto, lo que se está castigando es, sobre todo, su libertad sexual. Como explica Lamm (2008), penalizarlo implica la violación de derechos humanos de la mujer, por lo que forzarla a continuar con un embarazo no deseado se configura como una tortura. De esta forma, también se pone de manifiesto, como sentencian Puga y Vaggione (2018), que la objeción de conciencia “se materializa en las relaciones de poder que la construyen” (362) y su objetivo no es solo la protección de las convicciones personales, sino deslegitimar la ley que se objeta y reformar el sistema jurídico.

Los testimonios recogidos de los médicos entrevistados muestran que, a veces, los obstáculos para las ILE provenían de la administración del nosocomio. El ginecólogo consultado -único hombre profesional de la salud que aceptó participar de las entrevistas- contó que

“en algunos casos por falta de información y otros por principios morales de los administrativos, a las mujeres que consultaban por abortos en los hospitales se les daba información con reglas y procedimientos no escritos ni requeridos”.

Esta situación fue descrita por una trabajadora social como “lógica institucional de la postergación”, en el sentido de que cuando una mujer iba a consultar, se le informaba que en ese momento no había turnos para realizar la práctica y que tenía que volver en unas semanas, arriesgando así a que la ILE no se realizara por exceder el tiempo de gestación previsto. Como sostiene López Gómez (2015), esto es producto de un déficit de conocimiento sobre la normativa vigente y sobre los aspectos técnicos del aborto médico. El problema asociado a ello es que, independientemente de que se instruya a la burocracia de base sobre sus deberes y obligaciones legales, lo más difícil de subsanar es el déficit generado por barreras culturales, subjetivas, ideológicas y religiosas que se ponen en juego en las prácticas profesionales.

A pesar de que es posible realizar abortos inducidos en el segundo trimestre y de que organizaciones de prestigio internacional como la Royal College of Obstetrics and

Gynecology (RCOG)⁸ y la American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)⁹ elaboraron recomendaciones de procedimientos para llevarlos a cabo, una de las obstetras consultadas contó que

“muchos hospitales tenían un acuerdo tácito de no realizar abortos de embarazos mayores a dieciocho semanas y rechazaban las derivaciones de los CeSAC por estar excedido el tiempo de la gestación”.

En este contexto, se presentó el caso de una sobreviviente de trata violada con más de dieciocho semanas de gestación que solicitó una ILE. La red tejida entre profesionales de CeSAC presionó para que la ingresaran ante la negativa de los hospitales y una vez internada recibió hostigamientos,

“le dejaron las pastillas sin indicarle cómo tomarlas, no le dieron analgesia para las contraindicaciones del misoprostol en esa etapa gestacional [fiebre y cólicos] y tampoco se la dieron cuando le practicaron la AMEU por no haber expulsado el saco gestacional por la mala administración del misoprostol”.

detalló la obstetra. Esta situación muestra que la actitud del personal de salud frente al aborto no está guiada por criterios científicos, sino que está imbuida de una carga valorativa que identifica a la mujer con la maternidad, por lo que se castiga a aquella que se desvíe de su destino (Camacaro Cuevas 2006, Roberts 2017). Esta identificación de la mujer con la maternidad inexorable, a su vez, responde al constructo social basado en relaciones patriarcales que busca la subordinación de la mujer a partir del disciplinamiento de su cuerpo y del control de su sexualidad y su capacidad reproductiva (Facio y Fries 2005), de la cual el discurso médico es subsidiario (Rostagnol 2014).

Los obstáculos a las ILE, tales como indicar que no había turnos para ecografías o que faltaba personal para la atención de estas prácticas, así como la deficiente administración de las pastillas de misoprostol o la violencia verbal y emocional hacia las mujeres, que en más de una oportunidad terminaron en denuncias ante la Defensoría del Pueblo de la Ciudad o ante el servicio de atención nacional 0800 Salud Sexual, ponen de manifiesto que este sector de la

⁸ RCOG. 2015. “Best practices in comprehensive abortion care”. Última consulta: 8 de noviembre del 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>

⁹ACOG. 2013. “Second Trimester Abortion”. Última consulta: 8 de noviembre del 2020. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2013/06/second-trimester-abortion>

burocracia de base actuaba con autonomía relativa de las autoridades a las que respondían y que habían delineado el protocolo, en virtud de que se arrogaban la potestad de decidir quién, cómo y cuándo podía acceder a la ILE, de acuerdo con sus propios criterios y prejuicios personales. El accionar de la burocracia de base pone en evidencia que “los estándares legales de equidad son insuficientes para determinar los criterios para un servicio” (Lipsky 1996, 292) y la puja que existió entre los CeSAC y los hospitales por la ejecución de las ILE evidencia la premisa que establece este autor de que “los empleados de base, como cualquier otra persona, tienen criterios personales sobre quién es merecedor o no de un servicio determinado” (292).

3.2.3 Construcción de redes feministas en la burocracia de base

A partir de los testimonios de los informantes claves, queda de manifiesto que existe un sesgo de género en el accionar de la burocracia de base de salud. La identificación de la mujer con la maternidad responde a los roles asignados en el sistema patriarcal a hombres y mujeres, y la burocracia, en tanto construcción social de la esfera pública, reproduce los valores culturales y morales en los que se inserta (Puleo 1996, Facio y Fries 2005, Gaba 2008, Maynard-Moody y Portillo 2011).

A través de las entrevistas también se identificó a un actor que no había sido tenido en cuenta, pero que se reveló central para comprender la implementación de las ILE en la CABA. Este actor identificado es la red de profesionales de CeSAC, que surgió a expensas de la articulación de un sector de la burocracia de base con intenciones de tejer alianzas para garantizar abortos seguros, en un contexto de vulneración de derechos de mujeres que solicitaban las ILE.

La creación de este colectivo al interior de la burocracia tuvo implicancias profundas en la implementación de las ILE y fue el artífice de modificaciones en las prácticas de los equipos de salud que permitieron un mayor acceso a derechos sexuales y reproductivos. Como detalló una obstetra entrevistada,

“la red surgió como forma de paliar el desconocimiento en torno del aborto, porque la negativa de muchos médicos se debía a la falta de formación en el tema, porque en la facultad no te enseñan a hacer abortos”.

Este sector de la burocracia de base está compuesto por profesionales que abordan su labor desde una perspectiva feminista, lo que implica considerar el aborto desde el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas, y donde la premisa de base es la autonomía de las mujeres con respecto a sus derechos reproductivos. En términos de Maynard-Moody y Musheno (2000), esta red de profesionales además de agentes del Estado son agentes de los ciudadanos, ya que surgió de la necesidad de garantizar ILE seguras y, a partir de ello, moldea la manera en la que se toman las decisiones.

Tanto la burocracia de base de salud como la burocracia de base feminista ejercieron un rol discrecional que los reposicionó como reelaboradores, de hecho, de la política de ILE de la CABA. Ante las dilaciones y obstáculos por parte de la burocracia de base de salud, que se ubicaba mayormente en los hospitales, la respuesta de este otro sector, surgido de las articulaciones entre los diferentes CeSAC, fue la elaboración de una estrategia de contención de los casos sin respuesta o, en palabras de una de las trabajadoras sociales consultadas,

“desarticulamos un espacio colectivo construyendo otro”.

Esta burocracia de base surgida a través de la articulación de profesionales de diversos CeSAC puede entenderse como una burocracia feminista (Martin 1987, Meier 2003, Stivers 2003 y 2005), ya que genera nuevos tipos de relaciones entre sus miembros, como la gestión de la organización a partir lazos de igualdad y respeto de la diversidad, pero sin desatender los modos jerárquicos de relación constitutivos de la burocracia.

Entre las decisiones colectivas que tomó este nuevo espacio, se encontraba la de brindar talleres de formación y sensibilización al personal de los CeSAC y hospitales que quisiesen participar para realizar ILE seguras. Estas acciones están reflejadas en los informes de la CoSSVIHITS, que mencionan que a partir del año 2007, encuadrado en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la CABA, se llevaron adelante consejerías de aborto para dar respuesta a las solicitudes de ILE. Sin embargo, una de las ginecólogas entrevistadas remarcó que

“las consejerías surgieron a expensas de los equipos de trabajo de los CeSAC, no del Programa de Salud Sexual y Reproductiva”,

en virtud de las solicitudes que recibían.

Otra de las decisiones que tomó esta red de burocracia de base feminista fue la de comenzar a implementar el protocolo nacional -Protocolo ILE- en vez del protocolo de la ciudad -Protocolo ANP. Ello se debió a que, a raíz del fallo F., A. L. del 2012, en el año 2015 se actualizó la guía para la realización de abortos no punibles del Ministerio de Salud de la Nación y se elaboró el Protocolo ILE. Este protocolo presentaba menos requisitos para acceder a las ILE y promovía la atención ambulatoria de casos de hasta doce semanas de gestación en los CeSAC a partir de la provisión del misoprostol. En términos del análisis de Deza (2015) esta decisión se presenta como acertada, ya que el Protocolo ILE tenía menos requisitos restrictivos que el Protocolo ANP y, por lo tanto, implicaba menores barreras burocráticas para el acceso de las personas a sus derechos sexuales.

Los informes de la CoSSVIHITS muestran un salto cualitativo en la atención de ILE en el año 2016 con la ampliación del número de equipos abocados a estas prácticas en el primer y segundo nivel, y con un mayor número de casos resueltos en el primer trimestre de gestación en los CeSAC. A la luz de los testimonios recogidos en las entrevistas, esta ampliación de las prestaciones estuvo más relacionada con las estrategias llevadas adelante por la red de burocracia de base feminista de los diferentes CeSAC que con una decisión de profundización de la política pública por parte de las autoridades sanitarias.

Por este motivo, cuando en el informe de la CoSSVIHITS que da cuenta del estado de situación al año 2019 indica que entre 2016 y 2019 la causal salud fue la más invocada, se ve la influencia de esta red en la ampliación de la aplicación de la política pública por la aplicación de las recomendaciones del Protocolo ILE. Esto permitió garantizar prácticas seguras que de otra forma se hubieran obstaculizado, sobre todo por el temor de médicos y enfermeros a ser denunciados penalmente por llevar adelante las ILE.

Tanto la decisión de operar de acuerdo con los lineamientos del Protocolo ILE, en vez de los del Protocolo ANP, como la disputa al interior de las burocracias de base por la utilización de la causal salud integral, muestran que este sector de empleados de base feministas también llevó adelante acciones con independencia de los lineamientos establecidos por la jerarquía

administrativa. De esta forma, se evidencia que actuaron con autonomía en relación con sus superiores jerárquicos.

Conclusiones

A lo largo de las precedentes páginas se buscó identificar qué factores influyeron en la realización efectiva de las ILE en el subsector público de salud de la CABA, entre el 1° de enero del 2013 y el 31 de diciembre del 2020.

En el marco de la despenalización parcial del aborto en Argentina desde la sanción del Código Penal en 1921, la política de ILE se centró en la vida, la salud y la autonomía de las mujeres, ya que estaba considerado como un tema de salud. Sin embargo, hasta la sanción de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo a finales del 2020, la realización concreta de las ILE estuvo supeditada a las creencias personales de las burocracias médicas y a un discurso científicista cuyas premisas se reprodujeron en todas las dimensiones de la vida social. Esto responde a que la ciencia médica es uno de los soportes fundamentales del sistema patriarcal, dado que produce un discurso basado en la biología y en las funciones reproductoras de un sistema sexual binario, y asigna características sexuales y comportamientos normales y anormales asociados a ellas (Rostagnol 2014). De esta forma, al asignar roles específicos a hombres y mujeres desde un sesgo androcéntrico, legitima la relación de dominación de los primeros sobre las segundas (Puleo 1996). Una de las formas de dominación se basa en el control de la sexualidad y la reproducción femeninas a través de la identificación de los conceptos mujer y madre, de la inexorabilidad de este destino y de la patologización de las mujeres que contradicen los roles asignados (Roberts 2017). Sin embargo, la teoría feminista ha desarmado este argumento biologicista sosteniendo que el género es una categoría socialmente construida y, por lo tanto, responde a intereses políticos y sociales.

A partir de una investigación documental, normativa y de entrevistas semiestructuradas a informantes claves, se buscó reconstruir el procedimiento de implementación de la política de acceso a las ILE. Dado que la CABA tienen el mayor IDSP en Argentina, de acuerdo con los datos del PNUD, y que la salud pública se financia en mayor medida con recursos

provinciales, en esta ciudad las decisiones de accesibilidad al aborto no se vieron afectadas por la escasez de recursos, sino por las esferas de autonomía de la burocracia profesional de base que aplicaba criterios discrecionales –muchas veces ignorando la legislación vigente-, invocando motivos personales y profesionales que limitaban el acceso al aborto. Uno de ellos era la objeción de conciencia, muchas veces basada en motivos religiosos, pero también presentada como argumentos científicos y bioéticos. Sin embargo, desde la perspectiva feminista que se asume en esta investigación, las trabas médicas se entienden como un castigo, pero no a la realización del aborto, sino a la libertad sexual de las mujeres.

Si bien a través de los testimonios de las y los actores intervinientes en la implementación de las ILE se constató que, como sostiene la hipótesis planteada, su realización efectiva dependía negativamente de la discrecionalidad y autonomía relativa de las burocracias de base de salud, esta no queda comprobada, dado que la investigación reveló la actuación crucial de un sector de la burocracia de base del que no se tenía información *a priori*, que es la burocracia de base feminista.

Las entrevistas mostraron las estrategias que se tejieron entre las burocracias de base de diferentes CeSAC y que dieron forma a una red que se constituyó como un actor con capacidad de imponer sus intereses de garantizar el acceso a las ILE, desde la premisa del respeto a la autonomía de las mujeres con respecto a sus derechos reproductivos. De esta manera, se infirió que la hipótesis planteada explicaba solo un aspecto de la situación y no estaba teniendo en cuenta el accionar de esta burocracia de base feminista que se reveló relevante. Por este motivo, se considera que esta tesis aporta elementos para seguir indagando, ya que abre un abanico de posibilidades de trazar nuevas líneas de estudio en futuras investigaciones que profundicen en las relaciones intraburocráticas, tanto en lo referente a la dinámica de actuación de la burocracia de base feminista en su interior, como a las disputas de poder e intereses con la burocracia de base de salud por definir no solo los términos de la problematización, sino también las soluciones aplicables.

En virtud de ello, se considera necesario tener en cuenta el rol de la burocracia de base feminista en los análisis y monitoreos de la implementación de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo ya que, como quedó expuesto, no basta con la existencia de una regulación legal, sino que es crucial mirar las dinámicas de poder e intereses que se construyen dentro de la burocracia, ya que su discrecionalidad delimita las

oportunidades y la vida de la ciudadanía al definir cómo se implementan las políticas públicas.

A diferencia de las consideraciones de algunos sectores del feminismo que, como Ferguson (1984), sostienen que el Estado es fundamentalmente patriarcal y opresor -y, por lo tanto, también lo es su burocracia- y que no es posible modificar esta situación -porque equipara la feminidad con la falta de poder- a menos que se reconfigure el Estado patriarcal desde sus cimientos, esta tesis muestra que es posible reformular la burocracia en clave feminista a través de redes que la transformen y que apunten a la igualdad de género. Esta posibilidad surge gracias al compromiso y la acción de las feministas que ocupan lugares en la burocracia de base de salud, y abre la posibilidad a pensar nuevas formas de acción plausibles en diversos sectores y niveles de las estructuras estatales en los que las feministas tengan espacio.



Bibliografía

Amnistía Internacional. 2016. *Pedido de información al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre acceso a la anticoncepción, a la interrupción legal del embarazo y a la salud integral de las mujeres*. <https://docplayer.es/90934782-Ref-pedido-de-informacion-sobre-acceso-a-la-anticoncepcion-a-la-interrupcion-legal-del-embarazo-y-a-la-salud-integral-de-las-mujeres.html>.

_____. 2017. *Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos*.

Ashcraft, Karen Lee. 2001. "Organized Dissonance: Feminist Bureaucracy as Hybrid Form". *The Academy of Management Journal* 44(6) (diciembre): 1301-322. <https://www.jstor.org/stable/3069402?refreqid=excelsior%3Ad4d13f6ebe53f099a2b525ba66ac2b08>.

_____. 2007. "Feminist-Bureaucratic Control and Other Adversarial Allies: Extending Organized Dissonance to the Practice of 'New' Forms". *Communication Monographs* 73(1) (febrero): 55-86, DOI: <https://doi.org/10.1080/03637750600557081>.

- Bonazzola, Pablo F. (s/f). *Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio*.
<https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2006). “Voces sobre la violencia en la atención del aborto”.
Revista Venezolana de Estudios de la Mujer 3(1) (enero).
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012006000100004.
- Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, CELS y CUSAM.
2020. *La criminalización por aborto y otros eventos obstétricos en la Argentina*.
<https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-criminalizacion-por-aborto-y-otros-eventos-obstetricos-en-la-argentina/>.
- Centro de Escritura Universitaria. s/f. *Estilo Chicago de citación*. Universidad de San Andrés.
<https://udesa.edu.ar/sites/default/files/imported-516d90359fa11599cfcc2133afd5b65715879bf7-Gu%C3%ADa.Estilo.de.citaci%C3%B3n.Chicago.2.pdf>.
- Cetrángolo, Oscar. (2014). “Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino”. *Revista de Economía Política de Buenos Aires* 8(13): 145-183. ISSN 1850-6933.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2016. *Respuesta a pedido de información al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre acceso a la anticoncepción, a la interrupción legal del embarazo y a la salud integral de las mujeres*.
<https://docplayer.es/94166201-A-cantidad-de-interrupciones-legales-del-embarazo-abortos-no-punibles-art-86.html>.
- Colino, César y Eloísa Del Pino. 2000. “Las dos caras de la administración burocrática en la obra de Max Weber”. *Revista Ciencias Sociales* 19 (diciembre).
https://www.academia.edu/1458507/Las_dos_caras_de_la_administraci%C3%B3n_racional_burocr%C3%A1tica_en_la_obra_de_Max_Weber_racionalizaci%C3%B3n_dominaci%C3%B3n_y_democracia.
- Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. 2018. En equipo.
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/boletin_en_equipo_0.pdf.

- _____. 2019. *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2016-2018*.
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_version_web_17-2-2020_final_0.pdf.
- _____. 2020. *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2019*.
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_en_ssy_r_caba_2019_para_publicar.pdf.
- _____. 2021. *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020*.
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_ssy_r_caba_2020.pdf.
- Deza, Soledad. (2013). “Violación de secreto médico y denuncia de aborto”. *Perspectivas Bioéticas* 34(18): 41-63.
<http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/issue/view/7/showToc>.
- _____. 2015. “Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia”. *Perspectivas Bioéticas* 20(37/38): 76-99.
<http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/view/120>.
- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. 2019. *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal de embarazo*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. <http://iah.salud.gob.ar/doc/433.pdf>.
- Dosso, Daniela. 2015. “Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo”. Ensayo ganador del concurso FUSA. <http://docplayer.es/50810776-Miradas-integrales-de-la-causal-salud.html>.
- Faerman, Romina y Tamara Tenenbaum. 2018. “La objeción de conciencia en los derechos sexuales y reproductivos: algunas precisiones y discusiones”. En *La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto*, compilado por Agustina Ramón Michel y Paola Bergallo, 387-400. Buenos Aires: EUDEBA.
https://www.juschubut.gov.ar/images/biblioteca/La_reproduccion_en_cuestion.pdf.

- Facio, Alda y Lorena Fries. 2005. "Feminismo, género y patriarcado". *Academia. Revista sobre enseñanza del Derecho* 3(6) (primavera): 259-294. http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf.
- Ferguson, Kathy E. 1984. *The Feminist Case against Bureaucracy*. Philadelphia: Temple University Press.
- Gaba, Mariana. 2008. *Aportes de la perspectiva de género a la teoría organizacional*. Tesis de Maestría en Psicología Organizacional y Empresarial, Universidad de Belgrano. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/371>.
- Instituto de Estudios de Género y de la Mujer. 2018. *El sistema de salud desde la perspectiva de género*. Mendoza: UNCUYO.
- Lamm, Eleonora. 2008. *Las restricciones de acceso a un aborto legal y seguro como violación de los derechos humanos de las mujeres*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Lipsky, Michael. 1996. "Los empleados de base en la elaboración de políticas públicas". *Lecturas de Gestión Pública*, 279-298.
- López Gómez, Alejandra. 2015. "Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud". En *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, compilado por Silvina Ramos, 57-76. <http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/661/investigacion%20sobre%20aborto%20en%20XL.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- Lopreite, Debora. 2012. "Travelling ideas and domestic policy change: The transnational politics of reproductive rights/health in Argentina". *Global Social Policy* 12(2) (agosto): 109–128. DOI: 10.1177/1468018112443685.
- _____. 2020. "The Federal Restriction of Women's Rights: Argentina's Politics on Abortion and Contraception". En *Handbook on Gender, Diversity and Federalism*, editado por Jill Vickers, Joan Grace y Cheryl Collier, 211-225. Edward Elgar Publishing Limited. DOI: <https://doi.org/10.4337/9781788119306>.

- Martin, Patricia Yancey. 1987. "A commentary on the feminist case against bureaucracy by Kathy Ferguson". *Women's Studies International Forum* 10(5) (diciembre): 543-548. [https://doi.org/10.1016/0277-5395\(87\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0277-5395(87)90011-2).
- _____. 2013. "Sociologists For Women In Society: A Feminist Bureaucracy? SWS Presidential Address". *Gender and Society* 27(3) (junio): 281-293. <http://www.jstor.org/stable/23486629>.
- Maynard-Moody, Steven y Michael Musheno. 2000. "State agent or citizen agent: Two narratives of discretion". *Journal of Public Administration Research and Theory* 10(2) (abril): 329-358. <https://academic.oup.com/jpart/article/10/2/329/986123>.
- Maynard-Moody, Steven, y Shannon Portillo. 2011. "Street-Level Bureaucracy Theory". *Oxford Handbooks Online* (enero). doi:10.1093/oxfordhb/9780199238958.003.0011.
- Mayntz, Renate. 1979. "Burocracias públicas y directrices políticas". *Revista Internacional de Ciencias Sociales* 31(4), 685-699.
- _____. 1985. "Administración y política". En *Sociología de la administración pública*, 71-92. Madrid: Alianza Universidad.
- Maxwell, Joseph A. 1996. *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Meier, Kenneth J. 2003. Review of *Gender Images in PA: The Debate Is Joined*, by Camilla Stivers. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART* 13(2) (abril): 231-34. <http://www.jstor.org/stable/3525712>.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Atlas Federal de Legislación Sanitaria de la República Argentina*. <http://www.legislaud.gov.ar/atlas/categorias/abortonp.html>.
- O'Donnell, Guillermo. 1978. "Apuntes Para Una Teoría Del Estado". *Revista Mexicana De Sociología* 40(4) (octubre-diciembre): 1157-1199. <https://www.jstor.org/stable/3539655>.
- Organización Mundial de la Salud. 2012. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2° edición. Montevideo: OMS.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=35EB59C5F5BDD9F2296E516081ABC638?sequence=1.

_____. 2020. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos básicos*, 49^o edición. Ginebra: OMS. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=1.

Oszlak, Oscar. 2006. “Burocracia estatal: política y políticas públicas”. *POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político* 11 (abril): 11-56. <https://www.redalyc.org/pdf/522/52235599001.pdf>.

Panebianco, Angelo. 1988. “Las burocracias públicas”. En *Manual de ciencia política*, compilado por Gianfranco Pasquino, 365-411. Madrid: Alianza Editorial.

Peters, Guy. 1993. “Política pública y burocracia”. *Foro Internacional* 33(1) (enero-marzo): 54-87. <https://www.jstor.org/stable/27755752>.

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. 2017. *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017. Información para el desarrollo sostenible: Argentina y la Agenda 2030*. Buenos Aires: PNUD.

Procuración del Tesoro de la Nación. 2018. *Nuevo manual de estilo*. Buenos Aires: Procuración del Tesoro de la Nación. <https://www.ptn.gob.ar/images/files/NUEVO%20MANUAL%20ESTILO.pdf>.

Puga, Mariela y Juan Marco Vaggione. 2018. “La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos”. En *La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto*, compilado por Agustina Ramón Michel y Paola Bergallo, 361-385. Buenos Aires: EUDEBA. https://www.juschubut.gov.ar/images/biblioteca/La_reproduccion_en_cuestion.pdf.

Puleo, Alicia. 1996. “Filosofía y género”. *Asparkía. Investigación Feminista* 6 (anual): 7-18. <https://raco.cat/index.php/Asparkia/article/view/108124/154748>.

Ramos, Silvina, Mónica Gogna, Mónica Petracci, Mariana Romero y Dalia Szulik. 2001. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES. ISBN: 950-9572-20-9. <http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/77/Losmedicos.frente.anticoncepcion.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

- Roberts, Dorthy E. 2017. “Maternidad y delito”. *Revista Argentina de Teoría Jurídica* 17(2) (marzo). Universidad Torcuato Di Tella. https://repositorio.utdt.edu/bitstream/handle/utdt/10464/RATJ_V17N2_Roberts.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Rostagnol, Susana. 2014. *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Montevideo: Ediciones Universitarias, Universidad de la República.
- Sautu, Ruth, Paula Boniolo, Pablo Dalle y Rodolfo Elbert. 2005. *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO. ISBN: 987-1183-32-1. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D1532.dir/sautu2.pdf>.
- Stivers, Camilla. 2003. “The Debate Continues: Camilla Stivers Responds”. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART* 13(2) (abril): 234–35. <http://www.jstor.org/stable/3525713>.
- _____. 2005. “Dreaming the World: Feminisms in Public Administration”. *Administrative Theory & Praxis* 27(2) (junio): 364–69. <http://www.jstor.org/stable/25610732>.
- Taylor, S. J. y R. Bogdan. 1987. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós. ISBN: 84-7509-816-9. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>.
- Walby, Sylvia. 1989. “Theorising Patriarchy”. *Sociology* 23(2) (mayo): 213-34. <http://www.jstor.org/stable/42853921>.
- Weber, Max. 1984. “Los tipos de dominación”. En *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____. 2000. *¿Qué es la burocracia?* Elaleph.com Ediciones. [https://aprendizaje.mec.edu.py/aprendizaje/system/content/0c59c97/content/Weber,%20Max%20\(1864-1920\)/Weber,%20Max%20-%20Que%20es%20la%20burocracia.PDF](https://aprendizaje.mec.edu.py/aprendizaje/system/content/0c59c97/content/Weber,%20Max%20(1864-1920)/Weber,%20Max%20-%20Que%20es%20la%20burocracia.PDF).

Normativa consultada

Código Penal de la Nación Argentina.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>.

Corte Suprema de Justicia de la Nación, “*F., A. L. s/ medida autosatisfactiva*”, sentencia del 13 de marzo del 2012, Fallos: 335.1:200.
<https://sj.csjn.gov.ar/sj/tomosFallos.do?method=listarPorTomos>.

Decreto N° 1282/2003. Poder Ejecutivo Nacional. Reglamentación de la Ley N° 25.673. *B. O. del 26/5/2003*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/85000-89999/85450/norma.htm>.

Ley de la Ciudad de Buenos Aires de Acceso a la Información N° 104, *B. O. del 29/12/1998*.
<https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/19981229.pdf>.

Ley de la Ciudad de Buenos Aires Básica de Salud N° 153, texto consolidado por Ley N° 6.017 al 28 de febrero de 2018. Rama H: Salud. *B. O. del 28/5/1999*.
<https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/19990528.pdf>.

Ley de la Ciudad de Buenos Aires de Salud Sexual Reproductiva y Procreación Responsable N° 418. *B. O. del 21/7/2000*.
<https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/20000721.pdf>.

Ley de la Ciudad de Buenos Aires de Adhesión a la Resolución N° 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación N° 6312. *B. O. del 4/8/2020*.
https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PL-LEY-LCABA-LCABA-6312-20-5925.pdf.

Ley Nacional de Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673. *B. O. del 22/11/2002*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>.

Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485. *B.O. del 14/4/2009*.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>.

Resolución del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° RESOLUCIÓN 1.252/MSGC/12. Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles en los Hospitales del Subsector Público. *B. O. del 10/9/2012*. <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=20077>.

Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° RESOL-2019-1-APN-MS. Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, 2da Edición. *B. O. del 13/12/2019*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/333416/norma.htm>.



Universidad de
San Andrés

Apéndice

En este Apéndice se detallan las preguntas tipo que guiaron las entrevistas a los distintos grupos de informantes claves consultados. Estas guías sirvieron para enmarcar las entrevistas semiestructuradas, pero debido a la propia dinámica de este tipo de instrumento y a la flexibilidad que permiten, no se han realizado a todos los participantes en el mismo orden, sino que guiaron la conversación.

1. Guía de entrevistas para el personal de ginecología, obstetricia, enfermería y trabajadores sociales

- 1) ¿Cuánto hace que ejerce la profesión?
- 2) ¿Por qué eligió ser médico o médica / enfermero o enfermera / trabajador o trabajadora social?
- 3) ¿Cuánto hace que trabaja en este centro de salud?, ¿de qué se trata su trabajo allí/qué funciones desempeña?
- 4) ¿Tiene conocimiento de que en la Ciudad existe/existía un protocolo de atención para los abortos no punibles? ¿Estaba familiarizado/a con él?
- 5) En el centro de salud donde trabaja, ¿se han realizado solicitudes de interrupciones legales de embarazos?, ¿usted ha participado en alguna de ellas?
- 6) En el centro de salud donde usted trabaja, ¿se aplicó algún protocolo para la atención de abortos no punibles?, ¿podría comentarme cómo era?
- 7) Las técnicas que habitualmente se utilizan para realizar abortos no punibles son dos, una medicamentosa, con mifepristona y misoprostol, y otra quirúrgica, con aspiración de vacío (AMEU) o legrado uterino, o dilatación y evacuación uterina, dependiendo del caso. ¿Cuál se ha utilizado en este centro de salud y de qué dependió su elección?

- 8) ¿Cuál es la cantidad aproximada de solicitudes de interrupciones legales del embarazo que se presentan/presentaron por mes en este centro de salud?
- 9) ¿Alguna de esas solicitudes fueron rechazadas? (Si lo fueron, preguntar cuántas y los motivos).
- 10) ¿Cómo se registran/registraban los abortos no punibles en este centro de salud?
- 11) ¿Hubo hospitalizaciones por complicaciones por abortos caseros?, ¿hay/había algún protocolo de acción para estos casos?, ¿cómo se registra/registró esto en este centro de salud?
- 12) ¿Este centro de salud cuenta/contaba con servicios de atención postaborto? (Si lo tiene, consultar cómo funciona).
- 13) ¿Este centro de salud cuenta/contaba con un listado o registro de quiénes son/eran objetores/as de conciencia? ¿Es usted objetor/a de conciencia?
- 14) ¿Cómo se manifiesta la objeción de conciencia?
- 15) ¿Ha tenido problemas con colegas de este centro de salud por su posicionamiento?
- 16) ¿Ha tenido problemas con la dirección de este centro de salud por su posicionamiento?
- 17) ¿Sabe si hay/había profesionales de este centro de salud que fueran objetores de conciencia?
- 18) Si usted no es objetor de conciencia, ¿este centro de salud le ha dado capacitaciones sobre las interrupciones legales del embarazo?
- 19) ¿Usted sabe si existen responsabilidades legales por no practicar abortos no punibles?, ¿considera que el personal de salud de este centro sabe si existen?
- 20) ¿Este centro de salud cuenta con algún programa de derechos sexuales y reproductivos? (Si cuenta, pedir detalles de funcionamiento y profesionales intervinientes).
- 21) ¿Sabe si este centro de salud ha recibido denuncias por no realizar abortos no punibles? (Si sabe, preguntar si hubo sumarios administrativos a personal de salud, las causales de esos sumarios -incumplimiento del deber de secreto profesional, obstrucción, etc.- y si hubo sanciones al centro o al profesional).

2. Guía de entrevistas para personas que hayan solicitado ILE

Se utilizó un lenguaje más llano, coloquial y el tuteo para generar un clima de cercanía y confianza con este grupo de informantes claves.

- 1) Entiendo que concurriste a un centro de salud público de la Ciudad de Buenos Aires para solicitar aborto no punible. ¿Podrías contarme cómo llegaste ahí? (La intención es conocer si sabía que en ese lugar realizaban abortos no punibles, si fue acompañada y/o derivada, o si tuvo que acceder a la justicia).
- 2) ¿De qué centro de salud se trata y en qué fecha fue?
- 3) ¿Cuál fue la respuesta que recibiste de ese centro de salud?, ¿cómo fue el trato que recibiste del personal de salud de ese centro?
- 4) ¿Podrías contarme cómo fue tu experiencia? (Se espera que relate las prácticas y actitudes de los profesionales de salud, pero sin hacer preguntas directas para no incomodarla).
- 5) Cuando acudiste a ese centro de salud, ¿sabías que existe/existía un protocolo de atención para este tipo de prácticas?
- 6) (Si le realizaron la interrupción legal del embarazo) ¿Recibiste atención postaborto en ese centro de salud?
- 7) (Si no le realizaron la interrupción legal del embarazo) ¿Acudiste a ayuda externa para realizar el aborto?, ¿a quién o quiénes?, ¿podrías contarme cómo fue?
- 8) (En caso de haber realizado la interrupción del embarazo sin intervención del centro de salud) ¿Tuviste alguna complicación? Si la tuvo, ¿necesitaste hospitalización?, ¿cómo fue esa experiencia? (Se espera que relate las prácticas y actitudes de los profesionales de salud, pero sin hacer preguntas directas para no incomodarla).
- 9) ¿En algún momento recibiste presiones para no realizar la interrupción del embarazo?, ¿de quién o quiénes y en qué consistieron?

10) ¿Sabías que el personal de salud tiene responsabilidades por incumplir la obligación legal de practicar abortos no punibles?

3. Guía de entrevistas para socorristas feministas

Se utilizó un lenguaje más llano, coloquial y el tuteo para generar un clima de cercanía y confianza con este grupo de informantes claves.

- 1) ¿De qué se trata ser socorrista?
- 2) ¿Cuánto hace que participás en la organización y cómo llegaste a ella?
- 3) ¿Qué actividades realiza la organización?
- 4) ¿De qué manera las personas que entran/entraban en las causales de abortos no punibles se contactan/contactaban con la organización y qué información piden/pedían?
- 5) ¿A cuántas personas asisten/asistían por mes?
- 6) ¿Cuáles son/eran los principales temas de consulta?, ¿cómo se resuelven/resolvían esas cuestiones?
- 7) ¿Cómo asesoran/asesoraban a las personas en situaciones de abortos no punibles?, ¿cuentan/contaban con protocolos de actuación?
- 8) ¿Cómo es/era el acompañamiento a las personas que entran/entraban en las causales de abortos no punibles? (La pregunta se refiere al tipo de acompañamiento, ya sea telefónico, por *chat*, acompañar al efector de salud a realizar la práctica, contención emocional, etc.).
- 9) ¿Alguna vez vos o tus compañeras de organización recibieron presiones por desarrollar el socorrismo?, ¿de quién/quienes y en qué consistieron?

Anexo

1. Preguntas realizadas al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a través de la solicitud de acceso a la información pública

- 1) ¿Qué cantidad -en números totales- de interrupciones legales del embarazo que se han realizado desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020 en la Ciudad de Buenos Aires?
- 2) ¿En qué efectores de salud del subsistema público se han realizado desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020?
- 3) ¿Algún efector del subsistema público de salud no ha realizado estas prácticas en la Ciudad en esa misma fecha? ¿Cuál o cuáles?
- 4) ¿Se han rechazado solicitudes de interrupciones legales del embarazo desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020 en la Ciudad? ¿Cuántas? ¿Por cuáles motivos? ¿En qué efectores?
- 5) ¿Cuáles fueron las técnicas utilizadas -quirúrgica o medicamentosa- para llevar a cabo las interrupciones legales de embarazos desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020 en la Ciudad?
- 6) ¿Bajo qué causales se registraron las interrupciones legales de embarazos desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020?
- 7) ¿Se aplicó algún protocolo de actuación para las interrupciones legales de embarazo?
- 8) En caso de ser necesaria una derivación de la solicitante a otro centro de salud, ¿existe algún protocolo que determine cómo proceder?
- 9) ¿Cuál es la tasa de hospitalización desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020 en centros de salud públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires por complicaciones por aborto?
- 10) ¿Hay registros de egresos hospitalarios por aborto desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020 en la Ciudad? Se solicita conocer la cantidad de egresos totales.
- 11) Se solicita conocer la cantidad de egresos hospitalarios por aborto desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020 en la Ciudad discriminados por institución de salud.

12) Se solicita conocer la cantidad e identificación de servicios de atención integral postaborto de la Ciudad de Buenos Aires desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020.

13) ¿La Ciudad cuenta con un registro de personal de salud objetor de conciencia? Se solicita conocer la cantidad total de personal de salud objetor de conciencia de la Ciudad de Buenos Aires desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020.

14) ¿Los efectores de salud del subsistema público poseen registros de personal de salud objetor de conciencia?

15) ¿Hay registro de la cantidad de interrupciones legales del embarazo negadas por objeción de conciencia en la Ciudad de Buenos Aires desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020? Se solicita conocer el número total de las interrupciones legales del embarazo negadas por objeción de conciencia en la Ciudad de Buenos Aires desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020.

16) Se solicita conocer el número total de las interrupciones legales del embarazo negadas por objeción de conciencia discriminadas por efector del subsistema público de salud en la Ciudad de Buenos Aires desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020.

17) ¿El personal de salud que debía garantizar el acceso a las interrupciones legales del embarazo en la Ciudad de Buenos Aires desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020 recibió capacitaciones sobre las responsabilidades de incumplir con la obligación legal? Se solicita conocer la cantidad y tipos de capacitaciones.

18) ¿Cuál es el presupuesto anual asignado en los años 2013 a 2020 al Programa de Salud Sexual y/u otros programas destinados a promover y garantizar derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires?

19) ¿Cuál es la cantidad de personal dependiente del Programa de Salud Sexual y/u otros programas destinados a promover y garantizar derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires? ¿Cuáles son sus funciones?

20) ¿Se han realizado denuncias a profesionales de la salud por haber incumplido su deber de practicar interrupciones legales del embarazo desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020? ¿Cuántas? ¿Cuáles fueron las causales -incumplimiento del deber de secreto profesional, obstrucción, violencia obstétrica, etc.?

- 21) ¿Se ha realizado denuncias a efectores de salud por haber incumplido su deber de practicar interrupciones legales del embarazo desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020? ¿Cuántas? ¿Cuáles fueron las causales?
- 22) ¿Se ha realizado denuncias a profesionales de la salud por violencia obstétrica?
- 23) ¿Se ha realizado denuncias a efectores de salud por violencia obstétrica o violencia institucional?
- 24) ¿Se han realizado sumarios administrativos a profesionales de la salud por haber incumplido su deber de practicar interrupciones legales del embarazo desde el 01/01/2013 hasta el 31/12/2020? ¿Cuántos? ¿Cuáles fueron las causales -incumplimiento del deber de secreto profesional, obstrucción, violencia obstétrica, etc.? ¿Cuántos de esos sumarios han concluido en sanciones y de qué tipo?




Universidad de
San Andrés


2. Solicitud de acceso a la información pública realizada al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires


4/3/2021 SolicitudesBA

¡Gracias Maria Del Rosario!
Tu solicitud de Acceso a la información pública Fue ingresada con éxito.

Nro de solicitud: 00104086/21

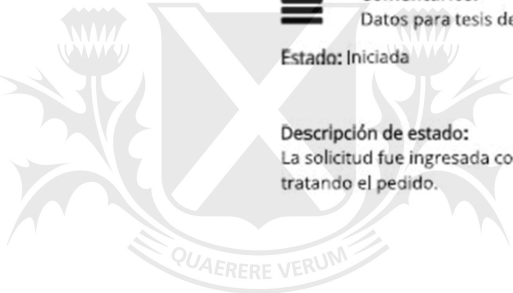
 **Fecha y hora de ingreso:**
04/03/2021 - 19:59 h.

 **Correo electrónico:**
charo.ar@gmail.com

 **Comentarios:**
Datos para tesis de maestría.

Estado: Iniciada

Descripción de estado:
La solicitud fue ingresada con éxito. Estaremos tratando el pedido.



Universidad de
San Andrés

<https://gestioncolaborativa.buenosaires.gob.ar/comprobanteSolicitud/refuerzo/false> 1/1

3. Respuesta enviada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a la solicitud de acceso a la información pública



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
"2021 - Año del Bicentenario de la Universidad de Buenos Aires"

Informe

Número: IF-2021-19683038-GCABA-DGLTMSGC

Buenos Aires, Jueves 1 de Julio de 2021

Referencia: Respuesta AIP EX-2021-07871685-GCABA-DGSOCAI

Estimada solicitante:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los fines de brindar respuesta a su pedido de acceso a la información pública en el marco de la Ley N° 104, que tramita por expediente EX-2021-07871685-GCABA-DGSOCAI

En virtud del requerimiento efectuado, es posible hacer saber que, respecto a la información sobre epidemiología y gestión en Salud Sexual, VIH e ITS, se encuentra sistematizada por la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, dependiente de este ministerio, con acceso público a través del sitio oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En tal sentido, se transcribe a continuación el siguiente link:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/sexual-y-vih/datos-oficiales-salud-sexual-caba>

Saludos,

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2021.07.01 14:59:55 -0300

MA. EUGENIA COLMODIO
Gerente Operativo
D.G. LEGAL Y TECNICA MSGC
MINISTERIO DE SALUD

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2021.07.01 14:59:55 -0300