

Ciclo de debates en política social presenta:

La legalización del aborto. Desafíos para la salud pública

Miércoles 11 de abril de 2018

María Crojethovic: Buenas tardes a todos y a todas, quería primero agradecer a las panelistas, muchas gracias por haber aceptado esta invitación y por llegar acá después de un largo día de trabajo, a las autoridades de la universidad, muchas gracias también, por el espacio brindado, al Instituto del Conurbano, a nuestro cuerpo de Dirección Técnico-administrativo, a todas las gestiones que hicieron posible que este encuentro se hiciera. Un agradecimiento especial a Marisa Fournier, en un ratito está viniendo, por haber aceptado la coordinación y por acompañarnos en la organización de este evento. Así que bueno, gracias especiales, y gracias a todos y todas los aquí presentes.

Como coordinadora de la carrera de Política Social, me complace tomar la posta en esta organización de un ciclo de debates de la carrera, que comenzó el año pasado. Y esta iniciativa surge desde el área de Política Social, para promover debates y discusiones con y entre estudiantes y profesores, pero también, además, incorporando e incluyendo a la comunidad que nos rodea, por eso nosotros tenemos la convicción de que estas actividades tienen que ser a puertas abiertas, porque esto nos enriquece a todos y a todas.

El tema para este panel en específico que nos convoca: "La legalización del aborto. Desafíos para la salud pública", no es casualidad y fue pensado desde la carrera Política Social, debido al momento bisagra en el cual nos encontramos como sociedad, estamos haciendo historia a partir de la construcción de nuevos sentidos en disputa, que remueven y que ponen en jaque algunas de nuestras instituciones que estructuran el orden social. Y desde el grupo de Diseño y de Gestión de Políticas de Salud, fue pensado con gran preocupación, debido al desafío que esta problemática del aborto le plantea al Estado en términos de Salud Pública.

El aborto realizado en condiciones inseguras afecta y pone en riesgo la vida y la salud física, emocional, social de las mujeres, de las personas gestantes y de su entorno cercano. Esto es un hecho. La experiencia comparada muestra que aquellos países que decidieron legalizar el aborto lograron reducir la mortalidad y la morbilidad de las mujeres. Este es otro hecho. Y es por eso que, en este contexto, el panel se propone avanzar en una caracterización acerca de la gravedad del problema y conocer el derrotero del trabajo, del desarrollo desde las consejerías pre y post aborto; a la vez buscar abrir un debate acerca de las necesidades de desplazar la regulación de esta práctica médica del campo del derecho penal al campo del derecho a la salud, brindando a las mujeres y a las personas que están en la posibilidad de decidir sobre su propio cuerpo. No robo más tiempo, así que presento a Gabriela Diker, la Rectora de la Universidad, y después le vamos a dar la palabra a Marisa, la Coordinadora, que va a presentar a las panelistas. Muchas gracias.

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

Gabriela Diker: Bueno, muchas gracias, buenas tardes. Quiero agradecer al equipo de [inaudible] 04:26 y de Política Social la organización de esta actividad y que me hayan convocado. Es un día especial para esta universidad porque acaba de tener lugar una sesión de Consejo Superior de la Universidad, que es el máximo órgano de gobierno, en el que se acaba de aprobar una declaración, un pronunciamiento del Consejo Superior, en favor de la despenalización y la legalización del aborto. Simplemente quisiera inscribir, si me permiten, esta actividad en un conjunto de acciones que la Universidad desde hace unos años viene llevando adelante, en términos más generales con las políticas de género. Esta Universidad, desde hace algunos años, cinco años, sostiene un espacio de formación muy valioso, que es una Diplomatura en Género, Políticas y Participación. Esta Universidad ha creado también, a través de su Consejo Superior, un Programa de Políticas de Género; ha logrado que el Consejo Superior apruebe, desde el año pasado, una línea presupuestaria destinada a financiar acciones vinculadas con las políticas de género; ha aprobado un procedimiento que nos permite accionar frente a situaciones de acoso, violencia, que tengan lugar en la Universidad; venimos desarrollando una línea editorial específicamente destinada a cuestiones de género y en particular a cuestiones de transgeneridad, que es un asunto que todavía no aparece en las agendas académicas como un tema de investigación y como un tema que forme parte de la formación de profesionales. El Instituto del Conurbano, en particular, ha creado una asignatura, un seminario, para abordar específicamente cuestiones de género en el marco de una carrera que, esperamos, podamos extender al conjunto de la formación de nuestros estudiantes. Para mencionar solo algunas de las acciones que, de una manera muy consistente, esta Universidad está desarrollando, que en algunos casos se vuelven ejemplares para el conjunto del sistema universitario, como es por ejemplo la aprobación de un procedimiento administrativo que permite la modificación del nombre en función de la identidad de género asumida por una persona en toda la documentación que se produce en la Universidad, incluidos los títulos, aun cuando no se haya modificado el DNI tal como lo prevé la Ley de Identidad de Género. Digo, son cuestiones que intentamos poner en acto y sostener un posicionamiento institucional que, felizmente, se ha expresado hoy con un tema puntual que estamos discutiendo hoy en Argentina, que es el de la legalización del aborto a través del Consejo Superior. Yo quisiera simplemente, si me lo permiten, leerles la resolución que hoy aprobó el Consejo Superior. Es una resolución que está en línea con una resolución que ya en 2011 había aprobado el Consejo Superior de esta Universidad, pronunciándose a favor de que el Congreso tratara el proyecto de ley presentado por la Campaña Nacional. En el día de hoy, finalmente, aprobamos una resolución que dice lo siguiente. Leo solo los considerandos, les ahorro los vistos:

"CONSIDERANDO:

Que nuestro país adhirió a distintos tratados internacionales que consagran la igualdad entre hombres y mujeres, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer y la Convención de Belém do Pará, compromisos que obligan a

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

los Estados a adoptar "todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer" (CEDAW, 1979) y a reconocer la violencia contra las mujeres como expresión de exclusión que menoscaba el ejercicio de derechos;

Que, en este sentido, nuestro país avanzó en la creación de más de cuarenta leyes por la equidad de género y contra las violencias como fueron la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral y la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres que define, entre las modalidades de la violencia, la ejercida contra la libertad reproductiva;

Que constituye violencia institucional obstaculizar el acceso a derechos como lo es el aborto legal por causales, previsto en el artículo 86 del Código Penal argentino y ratificado por el fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación;

Que las consecuencias de la punición del aborto recaen diferencialmente sobre las mujeres jóvenes y pobres vulnerando sus derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la integridad física y psíquica, a la autonomía, a la intimidad, a la dignidad y a estar libres de tratos crueles, inhumanos y degradantes;

Que la ausencia de una norma que regule y garantice la interrupción voluntaria del embarazo configura una práctica discriminatoria del Estado que ocasiona muertes e incapacidades de mujeres y personas gestantes por falta de acceso en condiciones de igualdad, dignidad y seguridad;

Que la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo es una cuestión de derechos humanos, salud pública y de justicia social que consagra la ampliación de la ciudadanía para toda la sociedad, extiende el estado de derecho y promueve una acción de igualdad en favor de quienes, en ejercicio de sus soberanías, decidan interrumpir un embarazo no deseado ni buscado;

Que la maternidad es elegida y un proyecto de vida posible si existe autonomía de la voluntad;

Que se ha dado comienzo formal al debate legislativo y al tratamiento en plenaria de comisiones del Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo presentado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito;

Que rectoras y rectores del sistema universitario público han emitido una declaración en favor que la comunidad universitaria en su conjunto abra el debate y manifieste su posición respecto del proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y acompañe la implementación de políticas públicas que garanticen el cuidado integral de la salud con perspectiva de género;

Que mediante Resolución (CS) N°4121/11 la Universidad Nacional de General Sarmiento se

Universidad Nacional de General Sarmiento
Licenciatura en Política Social

ha pronunciado en apoyo del derecho de las mujeres y personas gestantes a interrumpir voluntariamente el embarazo durante los primeros meses de gestación;

Que el estado de conciencia, movilización y reivindicación de los derechos de las mujeres e identidades de la diversidad sexual pone de manifiesto la necesidad de adoptar posicionamientos activos y proactivos para erradicar las distintas formas de violencia de género y discriminación;

POR ELLO:

EL CONSEJO SUPERIOR DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE GENERAL SARMIENTO

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Manifestar su interés por el tratamiento legislativo de los Proyectos de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

ARTÍCULO 2°.- Expresarse en favor de la despenalización y legalización del aborto en el marco de un abordaje integral que promueve la educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir.

ARTÍCULO 3°.- Promover la realización de actividades y debates en relación con el proyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo."

Este proyecto, aprobado en el día de hoy, en su Artículo 3° anticipa que tenemos que hacer cosas como esta. De modo que ya estamos cumpliendo con una resolución del Consejo Superior, el más rápido cumplimiento de resolución en la historia de esta Universidad. Solo quiero decir que el involucramiento de las universidades públicas en esta discusión desde el lugar que nos toca es fundamental; que el conjunto del sistema universitario, luego de muchas resistencias, ha también aprobado la constitución de una red interuniversitaria por la igualdad de género y contra las violencias, que Marisa, en lo personal, ha contribuido a construir; y que en este sentido las universidades públicas tenemos no solo una voz, sino la obligación de sostener una voz en relación con estos temas. Así que les agradezco mucho la organización de esta actividad, que estén todos aquí, y una vez más voy a decir que nos da, a los y las que formamos parte de esta Universidad, mucho orgullo decir que somos la Universidad Nacional de General Sarmiento. Muchas gracias.

Marisa Fournier: Bueno, bienvenidas, bienvenidos, bienvenides a la Universidad Nacional de General Sarmiento que tiene estas cuestiones, esta línea de trabajo institucional que no deja de enorgullecernos y también emocionarnos, por eso se traba quizás la voz, la palabra. Es realmente conmovedor todo lo que estamos haciendo en función de un derecho que involucra

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

a toda la sociedad en su conjunto, y que necesitamos hacer todas estas cosas y muchas más para que se garantice. Desde el área de Política Social y la carrera de Política Social, todos los años abrimos nuestro ciclo lectivo con alguna charla, alguna conversación, algún panel, y este año más que nunca nos pareció que la legalización del aborto como una cuestión de salud pública era lo que queríamos debatir, en términos no solo de conocer y profundizar el conocimiento en torno a esta cuestión, sino de construir bases argumentales sólidas ante argumentos bastante evasivos, que vulneran nuestros derechos, no solo sobre nuestros cuerpos. Cuando decimos "nuestros cuerpos" son cuerpos subjetivados. Entonces, no es solo nuestro cuerpo sino nuestra subjetividad toda: nuestros proyectos de vida, nuestra capacidad de decidir y de orientar la vida hacia donde queremos y podemos. A propósito de esto, desde el área y la carrera de Política Social escribimos un pequeño documento, que también es de construcción colectiva e institucional, no es una resolución pero es un documento colectivo, grupal. Por eso prefiero leerlo porque es cómo el área y la carrera decidieron hablar sobre esta cuestión:

"Existen muy diversas razones que pueden llevar a las mujeres y personas gestantes a considerar la interrupción de un embarazo como una opción, entre ellas, las circunstancias materiales de contexto que rodea a la persona. La evaluación de proyectos de vida que podrían truncarse o verse afectados por la maternidad, la compatibilidad con el empleo y /o estudio, en un escenario injusto de división sexual y social del trabajo. Las percepciones sobre los riesgos de salud asociados al embarazo y al parto, o la experiencia de la violencia de género son también factores que sopesan en la decisión de tomarlos.

En la Argentina, se estima que se practican entre 370.000 y 520.000 abortos por año. Las muertes por abortos clandestinos e inseguros representan la primera causa de muerte de personas gestantes en el país.

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) se remonta al Código Penal de 1921 en su Artículo 86. Sin embargo, recién a partir de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso F.A.L del 2012, las personas tienen derecho efectivo (sin mediar decisión judicial explícita) a la interrupción legal por las siguientes causales: si el embarazo representa un peligro para la vida de las mujeres; si representa un peligro para su salud (entendida como el bienestar físico, mental-emocional y social); o si el embarazo proviene de una violación. A pesar de la decisión del tribunal supremo, existen innumerables barreras que dificultan dicha interrupción legal del embarazo, situación que se agrava por las amplias desigualdades geográficas y sociales.

El aborto realizado en condiciones inseguras afecta y pone en serios riesgos la vida y la salud física, emocional y social de las mujeres y de las personas gestantes y también de su entorno cercano. En el año 2013, en Argentina, 49.000 mujeres se internaron en hospitales públicos por problemas relacionados con el aborto, y las muertes por abortos inseguros representaron el 17% del total de las muertes de personas gestantes en el trienio 2014-2016. La experiencia comparada muestra que aquellos países que decidieron legalizar el aborto, lograron reducir la

mortalidad y la morbilidad de las mujeres.

En este contexto, el panel se propone avanzar en una caracterización acerca de la gravedad del problema y conocer el derrotero del trabajo desarrollado desde las consejerías pre y post aborto. A la vez, busca abrir un debate acerca de la necesidad de desplazar la regulación de esta práctica médica del campo del derecho penal al campo del derecho a la salud, brindando a las mujeres y personas gestantes la oportunidad de decidir sobre su propio cuerpo. No se trata solo de nuestro cuerpo, sino de nuestra subjetividad y de nuestros sentimientos."

Así que muchas gracias por haber venido a compartir esta primera acción orientada por nuestro Consejo Superior. Nos acompañan hoy:

Mariana Romero. Es médica por la Universidad Nacional de Rosario; Máster en Ciencias en Salud Reproductiva, por el Instituto Nacional de Salud Pública de México; es Investigadora Titular del Centro de Estudios De Estado y Sociedad (CEDES); Investigadora Adjunta del CONICET, e integrante de la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS). Además ocupó cargos importantísimos en la gestión pública, para facilitar que la ILE, la Interrupción Legal del Embarazo, sea garantizada y se haga justicia en este plano específico.

También nos acompaña Nadia Furtado, que es Médica de la UBA, otra universidad pública; hizo su residencia en Medicina Familiar y General en la localidad de Moreno, cerquita, en la Unidad Sanitaria Molina Campos, luego trabajó ahí como médica de planta; en la actualidad es Directora de la Unidad Sanitaria de Las Catonas, un complejo habitacional con altos índices de pobreza y expresión de la desigualdad, y también en Moreno. Y Nadia es parte de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

Florencia Maffeo es Licenciada en Sociología y Profesora de Enseñanza de Sociología por la UBA, Maestranda en Derechos Humanos y Políticas Sociales de la UNSAM y es docente e integrante del área de incidencia política de FUSA, una organización que se dedica sobre todo a Salud Sexual Integral en Adolescentes, y además es una militante queridísima, muy amada en tema del Derecho al Aborto. Fue una de las primeras jóvenes, porque era más jovencita, que empezó a tallar en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto llevando la voz del Conurbano Bonaerense allí, y es integrante de la Colectiva Conurbanas.

Si les parece empezamos con la exposición de Mariana.

Mariana Romero: Hola, buenas tardes. Para mí es un placer estar aquí y además saber que nuestra presencia también obedece a una decisión institucional, eso nos llena más de responsabilidad pero nos pone más orgullosas. Yo comparto la conmoción y comparto la emoción, porque son días súper intensos para todas. Nos tiene que aguantar la energía, por lo menos 45 días más, para que inicie en serio el debate en el recinto, y después nos va a tener que durar otro poco más, para pelear cada uno de los votos en senadores. Yo creo que eso es posible, siempre y cuando logremos sostener esta sororidad que estamos teniendo, la posibilidad de seguir emocionándonos por estar en cada uno de los espacios a los que vamos, en escuchar con la misma sensibilidad con la que lo venimos haciendo. Esa es la fuente inagotable de energía que vamos a tener para sostener cada una de las cosas que va a haber que hacer en todo este tiempo intenso que tenemos y que venimos acarreado. La presentación que yo quiero hacer, y quizás porque me tomé súper en serio el título, y porque

vengo de ese campo disciplinar, es justamente construir o darle carne a por qué el aborto es un problema de salud pública en Argentina. Siempre pensando en que cuando hablamos del aborto nosotras estamos hablando de un aborto que transcurre en una condición sub-óptima. No estamos hablando del aborto que quizás tengamos si se aprueba la ley, estamos hablando del aborto hoy, en las condiciones en las que una mujer interrumpe un embarazo en nuestro país. Por eso es un problema, no debería serlo. Compartir con ustedes algunas de las estadísticas sobre morbi-mortalidad materna, porque si ustedes vieron estos días el debate, se discute mucho, se contrastan las cifras, se dicen barbaridades del estilo de que 43 muertes por año no parece una cifra muy importante entonces estamos inclusive inflando las cifras, y la verdad es que esas son las cifras oficiales, no importa si es una o 43, no debería ser ninguna. Entonces tengamos mejores argumentos para este debate y para confrontar, y para cerrar algunas oportunidades y desafíos que tenemos, desde el campo de la salud pública, para responder a este nuevo entorno.

Entonces desde la Epidemiología más clásica, cuando pensamos un problema de salud pública, lo que hablamos en general es, por un lado, desde la magnitud de las personas que están afectadas por ese problema, hablamos de la enfermedad y eventualmente de la muerte por ese problema; y en este caso en particular, como dije antes, estamos hablando de aborto inseguro. Para eso hay una primera definición que esbozó la Organización Mundial de la Salud hace más de 25 años, donde lo que trató de hacer es operacionalizar, darle una definición, un marco, a lo que llamaba "abortos inseguros" y "abortos seguros". Y esa definición, que apelaba solo a dos componentes básicos: que el aborto fuera hecho por alguien que no tuviera la capacitación adecuada, o que el aborto fuera hecho en condiciones sanitarias que estaban por debajo de los estándares, o las dos condiciones juntas, era lo que definía un aborto inseguro. No teníamos hasta ese momento, en 1992, una definición por la positiva: qué era un aborto seguro. En 2014 la Organización Mundial de la Salud, saca una definición, en términos prepositivos, de lo que significa o significaba en ese momento, un aborto seguro. Y decía que las personas, habilidades y estándares médicos considerados en la prohibición de los abortos son diferentes para el aborto con medicamentos y para el aborto quirúrgico; y que entonces dependían, además, una u otra situación, de las semanas de embarazo que tuviera esa mujer. Entonces, lo que se iba a considerar seguro, que era en cierto sentido, una operacionalización casi dinámica, que dependía de todos esos factores, lo que tenía que hacer era estar en concordancia con la guía de la Organización Mundial de la Salud. Si se cumplían todas las condiciones que estaban ahí, según fuera el tipo de procedimiento y la semana de gestación, eso se constituía en un aborto seguro. Ahora, acá mucho del concepto estaba ligado al procedimiento en sí, al momento, ese pedacito de todo el continuo, que hablaba solo de la forma en que la mujer iba a interrumpir el embarazo, iba a abortar, en el instante en que el aborto ocurría; cuando además, lo que sabemos es que la inseguridad es en realidad un continuo: un continuo que empieza cuando tenemos un marco normativo restrictivo, cuando no se accede a la información confiable, cuando hay resistencia desde los equipos de salud a brindar una práctica oportuna, porque por ejemplo tienen miedo de sufrir alguna sanción legal, cuando opera dentro del entorno de la mujer pero también dentro del equipo de salud el estigma, cuando hay escasos servicios disponibles, o sea, la posibilidad de una mujer de optar por distintos lugares adonde ir; cuando hay objeción de conciencia de los equipos, cuando se

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

le pide a la mujer requisitos innecesarios, que se haga tal estudio, que consulte a tal especialista, que vaya a ver a no sé quién, que ahora necesitamos tal o tal cosa, que mejor la interconsulta con salud mental, etc. Cuando se utilizan en el procedimiento algunas técnicas que no son las técnicas basadas en evidencia o directamente cuando se utiliza una sonda o cualquier otro objeto que no es el procedimiento adecuado, cuando se le indican a la mujer medicamentos que no son los correctos, o cuando no se hace una atención post-aborto de calidad. En cualquiera de esas situaciones marca inseguridad. Entonces, es un continuo, no es únicamente el momento del procedimiento.

Entonces, si tuviéramos que abstraer las razones de esta inseguridad, tenemos leyes, políticas y programas sobre abortos, un contexto normativo que hoy es mejor que el que solíamos conocer, no que el que solíamos tener; porque salvo por los protocolos, no se modificó el marco normativo: el Código Penal, y particularmente el Artículo 86, sigue siendo exactamente el mismo. Lo que ocurrió era algo esperable: es una interpretación a la luz de lo que hoy es el marco normativo argentino, con la incorporación además de muchas de las convenciones internacionales dentro de la Constitución a partir del año 1994.

Ahora, también es cierto que las condiciones que afectan la seguridad o la inseguridad son las condiciones socioeconómicas de esa mujer, no únicamente la cantidad de dinero que tenga esa mujer en el bolsillo o los recursos. Pero tiene que ver con los recursos simbólicos, con la red de sostén, con que esa mujer no sea una mujer migrante o recién llegada a un territorio, con las redes que se establecen, etc.; con la disponibilidad y el acceso, los servicios de aborto, no es lo mismo vivir en Catamarca que vivir en Chubut, que vivir en la Ciudad de Buenos Aires, que vivir en el Conurbano bonaerense, en términos concretos del acceso a los servicios de salud. Y también el estigma alrededor del aborto. Y esto opera tanto para las mujeres que deciden interrumpir un embarazo como para los equipos de salud que están tratando de garantizar las prácticas. Entonces, es cierto que estamos hoy ante un cambio de paradigma, donde hay una sustitución progresiva, desde métodos que fueron muy peligrosos, yo todavía vi en los inicios de mi práctica mujeres que murieron en el hospital donde yo trabajaba, por abortos complicados. Hoy de hecho entró en la guardia una colega que me llamó hace un rato, una mujer joven de 22 años, en la Ciudad de Buenos Aires, por un aborto infectado. Es cierto que nos estamos moviendo de paradigma, pero todavía no dejamos ese viejo paradigma. Pero que aún así requiere cierta reconceptualización. Es mirar de nuevo qué es lo que está pasando. Sobre todo porque hoy las mujeres, los equipos de salud, tenemos acceso a medicamentos que no existían en otro momento. Y porque además el espectro de opciones que las mujeres tienen hoy son bastante más amplias que las que sabíamos tener. Entonces, todo esto se mueve en ese espectro bastante más florido de la inseguridad y de la salubridad.

Una definición con la que podríamos trabajar es pensar que, por ejemplo, y esto es solo mirado desde quienes están en el sistema formal de salud, y esto no significa desconocer la experiencia que las organizaciones de mujeres y todas las organizaciones que, por ejemplo, conforman Socorristas en Red, proveen como opción a las mujeres. Digo, piensen que estas son definiciones de la Organización Mundial de la Salud, entonces, su foco está puesto ahí. Y hay mucho énfasis de quienes venimos trabajando para que, justamente, estas otras prácticas de las mujeres, también semi-incorporadas y reconocidas como prácticas de calidad y basadas en las evidencias dentro de estas guías. Pero por ahora la definición, que ya es un cambio

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

importante e interesante, es que la OMS habla de aborto seguro como aquel provisto por integrantes de equipos de salud con métodos que están recomendados; de abortos poco seguros cuando lo proveen integrantes de equipos de salud que utilizan métodos que no están recomendados, o que usan un método seguro, como podría ser el misoprostol pero que no tienen la información el entrenamiento o la capacitación adecuada; y aborto muy poco seguros cuando vienen de equipos que no están capacitados y que además usan métodos invasivos o peligrosos.

En términos de la magnitud -esto es para volver como al enfoque de lo que es la Epidemiología más clásica- fijense: 55% de los abortos que ocurren en el mundo, ocurren en contextos de seguridad; un 32% en contextos de un poco menos de seguridad; y un 14% en contextos de muy poca seguridad. Ahora, estas dos últimas categorías sumadas son alrededor de 25 millones de abortos de estos 55 que ocurren a nivel global tomando el período 2010-2014. Ahora miren lo que yo puse debajo: el 97% de esos abortos inseguros ocurren en países en desarrollo. Entonces, cuánto de este marcador de seguridad está dado por las condiciones normativas y sociales de nuestros países. La casi totalidad de los abortos inseguros está ligada a las condiciones de desarrollo que tienen nuestros países. Y lo que concluye este artículo de la OMS es que cuando se agrupa a los países de acuerdo a la situación de legalidad del aborto, la proporción de abortos inseguros es significativamente más alta en los países con leyes restrictivas que los que tienen leyes más amplias. Entonces, este argumento que escuchamos una y otra vez en estas reuniones en el Congreso, sepan que lo pueden argumentar con absoluta rigurosidad y solidez de los datos: la legalización baja las muertes maternas, baja la morbilidad por aborto. Esto es un hecho, no es algo que vamos a discutir según la mitad de la biblioteca que estemos mirando. Acá no existe la mitad de la biblioteca, los datos son los datos, lo que varía son las interpretaciones.

Este es un gráfico bastante complejo. De todos modos creo que hace alusión muy patente a lo que les acabo de decir. Piensen que cada punto de los que está ahí en el gráfico es un país y esa ubicación en el gráfico está dada por el cruce de dos variables. En el eje horizontal ustedes van a ver distintas causales de legalización. En este extremo las causales más restrictivas, digamos, no tener ninguna indicación para un aborto legal que sea solo para salvar la vida de la mujer, a causales más permisivas. Digamos, la última causal que está puesta allá en el extremo en la sola decisión de la mujer.

Y en el eje vertical: las tasas de mortalidad materna, que es cómo medimos la mortalidad materna independientemente de la cantidad de mujeres que viven en ese país. Porque si solo viviéramos con números, obviamente en los países donde hay más mujeres o mayor población va a haber mayor cantidad de muerte materna. Entonces usamos tasas para estandarizar eso. Si nosotros vemos dónde se ubican los países, vemos que la dispersión de las tasas y las tasas más elevadas están de este lado de la gráfica, donde tenemos las causales más restrictivas. Y a medida que nos vamos moviendo hacia causales más permisivas, las tasas de mortalidad materna se ubican casi cerca del 0, o por lo menos en el rango inferior. Y hay una tendencia a medida que la ley permite y es más permisiva, si ustedes miran, la curva que se va dibujando es una curva descendente. Entonces esta es la evidencia empírica de la que yo hablaba cuando digo que la legalización disminuye las muertes maternas.

Ahora, las mujeres no solo se mueren por abortos inseguros, también quedan con lesiones o

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

con afectaciones a su salud física, emocional y social. Si solo miráramos la salud física, las estimaciones indican -no son estimaciones en realidad, son datos provenientes de reportes que sistematizan la información de egresos hospitalarios, es la forma en que nosotros obtenemos una indicación, un proxy de la morbilidad- lo que vemos es que 760.000 mujeres en esta región de América Latina son tratadas anualmente por abortos inseguros. Este es un dato muy reciente, es de una publicación de Birmaher del año 2016. Y esa misma publicación lo que dice es que en América Latina y el Caribe, al menos el 10% de las muertes maternas, o de mujeres en gestación por aborto, que son unas 900 en términos numéricos, son producto de los abortos inseguros. Ninguna mujer se muere por un aborto seguro. Yo hice mención y dije varias veces: "las muertes maternas, las muertes maternas". Ustedes saben que nosotros estamos insistiendo que se hable de muertes por mujeres en gestación, porque estas mujeres se mueren por no querer ser madres en ese momento. Porque la verdad es que siempre insistimos en esto pero las definiciones vienen bastante más atrás de lo que nosotras quisiéramos. De todos modos, lo que se define como muerte materna es el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio, que son esos 42 días después de terminado el embarazo. Fíjense que no dice "después del nacimiento", dice "después de terminado el embarazo", porque la definición apela a que esta es independientemente de la duración de ese embarazo, del lugar del embarazo -ustedes saben que muy poco frecuentemente, pero ocurren embarazos fuera del útero, son los embarazos ectópicos- por cualquier causa relacionada por el embarazo o su tratamiento, o agravada por ellos, con exclusión de las causas accidentales. Esto quiere decir que una mujer que fallece embarazada en un accidente de tránsito, no pesa dentro de las muertes maternas. Hay toda una discusión de si las muertes por violencia, durante el período reproductivo, y más si la mujer estaba embarazada o en este período definido en la definición, no deberían ser incluidas como muertes maternas. Porque está comprobado que los episodios de violencia suelen aparecer a raíz del episodio reproductivo, o suelen agravarse en intensidad o en frecuencia a través del proceso reproductivo. Entonces, no incluir a estas muertes estaría inclusive, en algún sentido, hackeando lo que esta definición dice, pero hasta ahora, las estadísticas no las incluyen.

Y sin entrar en detalles, simplemente menciono por qué quiero hacer esta distinción entre directas e indirectas, que es la manera en que clasificamos las muertes maternas, lo que voy a decir es que las muertes directas son de una mujer sana que se muere a consecuencia directa de ese embarazo, o de ese parto o de ese período post-parto. Es una mujer que se muere por una infección, por una hemorragia, por un aborto, por un trastorno hipertensivo. Y las indirectas son mujeres que tenían un problema de salud que se agravó a consecuencia de ese embarazo, parto o puerperio. ¿Y por qué hago esta distinción? Porque la manera en que las estadísticas van a mostrar esa definición a la que hice mención es esta torta que ustedes ven acá. Acá lo que hice fue poner tres años: 2013, 2014, 2015, porque eso le da todavía más fuerza a los datos en términos de la estabilidad. La mortalidad materna es un fenómeno de escasa frecuencia, entonces es mejor tomar varios años juntos. Y lo que vemos ahí es que el 18% de las muertes maternas fueron por aborto, y el 26% fueron por causas obstétricas indirectas. Esto quiere decir que si tuviéramos acceso a abortos legales y seguros en el sistema de salud, podríamos reducir el 44% de las muertes. ¿Y por qué digo esto? Las muertes por aborto, porque tendríamos acceso a una práctica segura en el contexto del hospital o en el contexto

donde la mujer elija. Y las muertes indirectas, porque estas son mujeres que nos preguntamos sistemáticamente a cuántas les fue ofrecida la interrupción legal del embarazo hoy. Estas son mujeres que quizás expuestas a los riesgos que corrían dado su problema de salud hubieran optado por su interrupción. No sabemos cuántas fueron ofrecidas, cuántas no y cuál va a ser la opción de la mujer. Pero potencialmente hubiéramos podido disminuir también estas muertes. Entonces estamos hablando de casi una reducción a la mitad.

Esta es la otra contracara, que son los egresos hospitalarios. Es una manera de ver la afectación de la salud. No sabemos la severidad de las mujeres que ingresaron y egresaron de los hospitales públicos, no sabemos cuánto tiempo pasaron, pero fíjense: esto es una secuencia de 2005 a 2014, que es la última estadística disponible. Estamos hablando de alrededor de 47.000 mujeres que egresan por año de los hospitales públicos. No sabemos nada de las mujeres que van a las obras sociales o la seguridad social, tampoco el sector privado. Estas son mujeres que ingresaron a hospitales públicos del país por complicaciones de un aborto. Y ahí se nos termina. Lo único que les podría decir es que la mitad de estas mujeres tienen menos de 25 años, mujeres jóvenes.

Entonces, desde una perspectiva de salud pública, este escenario nos ofrece oportunidades y desafíos. Hoy tenemos el desafío del marco legal y de poder ampliar las razones por las cuales una mujer puede interrumpir un embarazo en el contexto de seguridad. Es una oportunidad y un desafío para tener la tecnología adecuada. Y cuando digo tecnología hablo básicamente de los medicamentos: del mifepistona y misoprostol para la interrupción del embarazo, no un misoprostol combinado con un analgésico, como es el oxaprost y la ausencia total de mifepristona, y el círculo virtuoso que eso puede generar. Porque no es únicamente el medicamento. Es el medicamento en un contexto de mejoramiento de la calidad de los servicios que se ofrecen, la oportunidad y el desafío de llegar con mejor información, no solo con más sino con mejor información a las mujeres, los roles que se empiezan a abrir dentro de los equipos de salud. Esta no es una práctica que hoy esté en manos exclusivas de médicas y médicos, es una práctica que hoy está en manos de la interdisciplina del equipo de salud, y eso es definitivamente un cambio auspicioso, fresco, nuevo, bueno. Digamos, no hay nada que pueda ir en detrimento de ese beneficio, y es posible que el nuevo marco legal mejore todavía esta interdisciplina. Una situación como esta definitivamente da la oportunidad de reducir el estigma que hoy tienen mujeres y equipos. Entonces, bueno, con este marco legal y siguiendo el lema de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, sin duda este cambio normativo va a traer de la mano, como dije, el cambio, la tecnología, la información y el acceso. Gracias.

Nadia Furtado: Hola a todos, muchas gracias invitarme al panel, la verdad que es un orgullo estar acá con las compañeras que tienen tanta trayectoria.

Yo vengo a contar un poquito una experiencia local, que creo que de alguna forma refleja un poco el camino que fuimos haciendo muchos trabajadores de la salud, que venimos un poco más atrás que el recorrido que vienen haciendo las mujeres y las organizaciones sociales en relación a este tema. Y bueno, contar un poco esa experiencia y cómo nos estamos manejando ahora en el cambio de este paradigma que plantea Mariana en relación a las tecnologías y el

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

rol que tiene que tener el trabajador y la trabajadora en el sistema de salud público. Entonces, un poquito, como me presentaban, yo trabajo en Moreno, Moreno es uno de los municipios del Conurbano bonaerense, y vive la realidad de muchos de los municipios del Conurbano bonaerense. Tiene una población que no para de crecer, es un crecimiento exponencial con un porcentaje, con una población que es muy joven, con una cantidad de mujeres en edad fértil bastante amplia, una población que el 45% de esa población tiene entre 15 y 44 años, que presenta un INBI, un Índice de Necesidades Básicas Insatisfecho de los más altos del Conurbano, de un 12,9%, solo por debajo de Ezeiza y Florencio Varela, pero que es en promedio parecido al de Malvinas Argentinas, el de Merlo, o sea que es una realidad que vamos compartiendo en diferentes municipios. Tenemos una mortalidad infantil que está históricamente por encima de la media de la Provincia de Buenos Aires y de la Argentina en general. ¿Y por qué les cuento todo esto? Para contextualizar un poco la situación donde trabajamos y donde las mujeres se atienden y viven y las condiciones en las que viven. El sistema de salud de Moreno está compuesto por un hospital que es de dependencia provincial, que fue construido a fines de los '90 y tiene prácticamente las mismas camas desde esa época cuando la población era de unos 200.000 habitantes. Ahora somos prácticamente 600.000. Eso significa que la oferta de salud está muy deteriorada. La demanda es muy grande, la complejidad de las patologías son grandes, y eso genera que no pueda dar respuesta el hospital. Más o menos hay 10.000 nacimientos por año en Moreno, de los cuales aproximadamente 4.000 nacen en el hospital. En 2013 surge o abre la Maternidad Estela de Carlotto, que es una Maternidad de bajo riesgo, centrada en la familia, en la garantía de derechos, en la posibilidad del parto respetado, que busca un poco suplementar toda esta cantidad de partos que se dan fuera del sistema público, que desbordan hacia otros municipios, por la incapacidad de dar respuesta, pero que tampoco logra cubrir toda esta gran demanda. Y además está compuesto por unas 40 unidades sanitarias de lo que es el primer nivel de atención donde los embarazos, las mujeres en situación de embarazo son controladas y seguidas y donde las políticas sanitarias están fuertemente orientadas hacia la salud materno-infantil no entendiendo la salud sexual como una cuestión más amplia. Entendemos que los derechos en salud sexual no solo pasan por la maternidad sino por la posibilidad de vivir una sexualidad plena, una sexualidad elegida.

Y, un poco para irnos acercando al tema, la mortalidad materna en el municipio no escapa de estos indicadores que presenta el mismo y siempre estuvo y sigue estando por encima de la media provincial y nacional.

En 2010 hay un pico en la mortalidad, con 13 casos de muerte materna, que es un montón para el municipio, y que en análisis posterior da que la causa principal fue: por aborto. Esto motiva una intervención del Ministerio de Salud de la Nación en el hospital y a nivel de lo que es atención primaria, que es el ente que coordina todas las unidades sanitarias para implementar políticas o algún tipo de política que pudiera empezar a dar alguna respuesta a esto, a ver qué estaba pasando. Se hacen intervenciones a nivel del hospital y se plantea un modelo de trabajo que tiene que ver con la reducción de riesgos y daños en la situación de salud sexual. ¿Qué es el modelo de reducción de riesgos y daños? Es un modelo que apunta a definir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos. Se extrae de otras situaciones como es el tema del consumo y se aplica al campo de la salud sexual y

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

reproductiva para minimizar las consecuencias negativas del aborto inseguro. ¿Qué es lo que quiero decir con esto? Que el sistema de salud, frente a esta realidad del aumento de la mortalidad, tiene que encarar algún tipo de acción para frenar esto. Entonces ese modelo de reducción de riesgos y daños con el que empezamos a trabajar más o menos todos los equipos de salud alrededor de 2010, 2012, busca incluir a la mujer en situación de aborto en el sistema de salud, no expulsarla. Busca que tenga un espacio donde se la escuche, donde reciba información adecuada, veraz y científica.

¿Quién levanta el guate de esta situación en este momento? Fuimos a algunos efectores, en el caso del hospital, el servicio de Tocoginecología, de alguna forma no se hace mucho eco, sigue el servicio de Adolescencia del hospital que obviamente está en contacto con muchas mujeres en situación de embarazos no deseados, que empieza con adolescentes pero después sigue atendiendo mujeres de todas las edades. En el Cic Sanguinetti, el Centro Integrador Comunitario, donde funciona una residencia que es interdisciplinaria, con médicos, trabajadores sociales, enfermeros comunitarios, psicólogos, empieza también a trabajar la temática y a formarse en este modelo de atención de reducción de riesgos y daños.

Yo me formé y trabajé mucho tiempo en Molina Campos, es un centro de salud que se encuentra más alejado de lo que es el centro comercial de Moreno y terminé [inaudible] 56:04 trabajar ahí, y la Maternidad, después de que se abre en 2013, también empieza con los consultorios de Consejerías. Este modelo lo que planteaba, es un modelo que surge de alguna forma en Uruguay, donde previo a la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, es una estrategia para reducir las complicaciones y lograr llevar la mortalidad materna a cero. Es un modelo donde hay una primera entrevista con la mujer, donde se la asesora en opciones, donde se da información verídica, veraz y científica para acceder a un aborto seguro y se le da contención, pero no se le da ni la receta, y la mujer tiene que conseguir, de alguna forma, el misoprostol por sus propios medios. Y se la atiende en lo que es el Consultorio de Atención Post-Abortos, donde se la asesora en métodos anticonceptivos y en la práctica. Nosotros vinimos trabajando desde 2012, 2013, 2014 con esta metodología, con todas las contradicciones que también nos generaba, porque uno daba de alguna forma un espacio de contención pero en realidad estábamos dejando a la mujer en las mismas condiciones en las que había llegado de alguna forma. Teniendo que conseguir la medicación por sus propios medios. Entonces, 2015 aproximadamente sale el Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo; que es un protocolo que nos da marco o genera un marco de acción para los efectores de salud que es acorde a lo que plantea el fallo FAL, que acá ya lo explicaron, y nos cambia el paradigma de atención, porque ya no estamos haciendo una consejería para que la mujer no se exponga a una situación de riesgo, sino que pasamos a garantizar un derecho, porque empezamos a entender que toda mujer, niña, adolescente y toda persona con capacidad de gestar, tenía y tiene derecho a solicitar una Interrupción Legal del Embarazo, cuando cursa cualquiera de estas causas. Si bien esto ya estaba establecido antes, como decía Mariana, esto no es algo nuevo, la visibilización de este marco y la legitimidad que genera que el Estado y el Programa Nacional de Salud Sexual dé un marco a los trabajadores y trabajadoras del sistema de salud, también abrió la legitimidad para hablarlo hacia el interior de los equipos, no solo de las voluntades individuales de los que estábamos comprometidos con el tema, sino que implica

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

un compromiso del municipio incluso, que sale a sostener esto como una política de salud. Más que nada eso. Quería transmitirlo.

Bueno, un poco ya todo esto se habló, así que en esto del cambio de paradigma, lo que tiene que ver con la causal Salud, o sea, entender que la salud no es solo física, no es solo el riesgo inminente de muerte, sino todas las complicaciones. O sea, que la salud es un estado, de alguna forma, total: físico, mental, emocional y social. Podemos discutir esa definición, pero entendemos que el embarazo puede ser una amenaza, en el contexto de una mujer, a ese bienestar. Y por lo tanto la mujer que ve amenazada su salud puede acceder a una interrupción legal del embarazo. Bueno, esto generó otros conflictos hacia el interior, porque no es todo tan lineal, no es que el municipio o el Estado, a partir de acá, empezó a garantizar el derecho a todas las mujeres, sino que nos encontramos con un montón de contradicciones que tiene el sistema. Por un lado planteamos esto y por el otro lado no tenemos los insumos para garantizar... Digamos, la medicación que deberíamos garantizarle a la mujer no está en el sistema público. Tampoco tenemos la posibilidad de derivar a un segundo nivel, cuando los embarazos requieren una atención de mayor complejidad. Menores de 12, 14 semanas podríamos atenderlos tranquilamente de forma ambulatoria, segura, con la medicación con la cual no contamos; o podrían practicarse una MEU pero para eso necesitamos la intervención de un segundo nivel, como puede ser el hospital o la Maternidad en nuestro caso. Pero adentro de esas instituciones también hay muchas contradicciones. Así como en la Maternidad Estela de Carlotto hay un equipo muy comprometido con el acceso de ese derecho, también hay un montón... O sea, gran parte del resto del equipo y los trabajadores de la Maternidad no se encuentran aliviados, al no hacer una política clara, deja muchas posibilidades de variación en la acción.

Un poco en 2016 formamos una red los efectores de ILE de Moreno, nos empezamos a juntar, porque muchas veces en la soledad de la acción tirábamos como culpas o enojos hacia los otros efectores: "El hospital no me resuelve, el primer nivel no resuelve", entonces traccionamos también por organizaciones sociales, que estaban trabajando en el territorio. Se convoca a una reunión y empezamos a ver nuestras caras, a conocernos, a empezar a buscar formas de acción un poco más coordinadas. Bueno, en esta realidad estamos hoy básicamente, con las dificultades de coordinar ciertas acciones y de sortear estas dificultades.

Un poco contarles y traerles números propios. Traté de recolectar todos los números que tenemos todos los efectores de salud. Un problema que tenemos en general con el tema del aborto es que no tenemos cifras, y eso hace que sea muy difícil hablar del tema porque son cifras estimadas, porque por la falta de registros, y a los efectores estatales nos pasa mucho que nos cuesta registrar, pero pude recolectar algunas cifras de los equipos. Desde que empezamos los diferentes equipos en Moreno a trabajar la demanda ha crecido constantemente. Cada año más mujeres se atienden a medida que se van enterando, de la posibilidad de acceder a una Interrupción Legal. La edad de las mujeres que consultan es la misma edad de las mujeres que se embarazan. O sea, las mujeres menores de 15 son muy pocas las que se embarazan. La tasa de unidad global por edad de esas mujeres es muy bajita, por lo tanto son muy pocas también las que solicitan una interrupción. Y el grueso se encuentra entre los 20 y 40 años. En relación a la cantidad de hijos que tienen las mujeres, un 90% ya tiene hijos, eso significa que ya ha pasado por el sistema de salud; eso significa que el

sistema no ha podido darle alguna respuesta en relación a la planificación de esos hijos, o que la situación es más compleja que simplemente acceder a un método anticonceptivo. Con respecto a los métodos anticonceptivos, un gran porcentaje utilizaba métodos, y por diferentes causas lo discontinuó o falló el método. En esto sí les puedo relatar la cuestión de lo que sucede en el sistema público donde la provisión de métodos anticonceptivos está siendo muy discontinuada todo el tiempo: un día tenemos pastillas, otro día no tenemos. Y eso, para las mujeres que dependen del sistema público exclusivamente para acceder, implica la discontinuación del método. En relación a la violencia, un gran porcentaje de mujeres está en situación de violencia o por lo menos no contesta a esa pregunta, lo que habla de la complejidad, de alguna forma, del tema, que a veces es un poco la punta del iceberg la cuestión del embarazo no deseado. Y con respecto a la edad gestacional, más del 90% consultó antes de las 14 semanas en relación un poco a la cuestión de la Ley y la posibilidad de interrumpir de forma voluntaria antes de las 14 semanas. La gran mayoría llegaría antes de las 14 semanas. Y con respecto a algunas cositas de lo más subjetivo, que nosotros no tenemos números de eso, pero encontré este artículo que sí habla un poco de eso, que es viejito de 2012, que es de las primeras experiencias en Consejería, que fueron sistematizadas; un poco la cuestión de la angustia, esta cosa de lo que se está hablando ahora mucho, la situación traumática de pasar por un aborto. Lo que nosotros vemos en la consulta es que las mujeres están angustiadas por la posibilidad de tener un problema de salud, por la posibilidad de morir, porque son muy conscientes de que un aborto en condiciones inseguras puede traer problemas a la salud y tienen mucho miedo a eso, y no tiene que ver tanto con la cuestión de si la práctica está bien o está mal. Las mujeres que vienen decididas tienen más miedo de la cuestión ilegal y se sienten aojadas en el sistema de salud y resguardadas en la cuestión de poder acceder a un método seguro para interrumpir su embarazo.

Bueno, un poco transmitirles esto, que tenemos muchas dificultades dentro del sistema de salud para garantizar un derecho que en realidad está establecido hace tanto tiempo y que recién ahora empezamos a cambiar la mirada sobre eso y más que nada lo que tiene que ver con la falta de recurso humano que un poco lo primero era para plantear que no es solo en esta temática, el sistema de salud está descompuesto en todo lo que tiene que ver con la garantía de derechos en el sentido de que está desfinanciado, estamos con muy escasos recursos. Entonces cómo hacemos, me generaba esta pregunta: cómo seguimos garantizando un derecho y todos los derechos cuando el sistema y el Estado va desfinanciando cada vez más el sistema de salud y va hacia una mercantilización del mismo.

Florencia Maffeo: Bueno, buenas tardes a todos y a todas, muchas gracias por invitarnos, por invitarme a mí personalmente. Yo siento que estoy yo sentada acá pero también hay un montón de compañeras que están acá presentes y que están en las calles y en los centros de salud y en las universidades todos los días dando esta discusión y vengo a traer un poco también todas esas discusiones y debates que vamos teniendo. No solamente ahora en este momento tan particular en el cual se está debatiendo el proyecto de Ley de la Campaña y otros 8 proyectos de ley más en relación con la Interrupción Voluntaria del Embarazo, y me

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

parece que es interesante porque no solamente estamos discutiendo a nivel parlamentario, los legisladores, los diputados y diputadas están discutiendo sobre un cambio de normativa, sino que también cada vez que hay un expositor o expositora hablando ahí le está hablando a toda la sociedad. No es un debate que queda dentro del recinto y creo que eso es lo más interesante de estos momentos. Y la cantidad de actividades que hay, que a mí me ponen muy contenta pero también nos deja muy agotadas. Por suerte somos muchas y se puede sostener en un montón de lugares la visibilización del tema, y también poner en discusión algo que siempre fue un tabú o ha sido a lo largo del tiempo un tabú y se ha ido a lo largo de estos años y creo que la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, de la que me considero parte, igual que muchas compañeras de acá, que estuvieron difundiendo materiales, no solo hoy sino muchas veces. Eso hay que reconocérselo a la universidad, y a las estudiantes y docentes, que a partir de la Campaña y las organizaciones feministas tiempo antes, pero el vuelco que se logra es una cierta despenalización social del aborto, en el sentido de que deje de ser un tabú y que sea un tema que se pueda hablar y el cual no quede solamente puertas adentro. Es como una cuestión, un cambio cultural y social de otras magnitudes que no se puede medir en términos legislativos. Entonces, un poco mi idea era poder plantear algunas cuestiones, voy a tratar de no repetirme con las exposiciones de las compañeras, que me han parecido súper interesantes, y voy a un término medio: ni lo micro del centro de salud de un municipio particular ni lo macro que traía Mariana, sino la experiencia territorial que está un poco en el medio. Y no me quería olvidar de -quizás hoy parece repetitivo que lo diga- pero qué implica la Campaña por el Derecho al Aborto, por qué somos más de 500 organizaciones sociales, estudiantiles, barriales, culturales, feministas. Está compuesta también por sindicatos, con mucho apoyo de muchas universidades del país, y eso me parece que también es algo para destacar, porque el proyecto de Ley que se está discutiendo, que tiene mayor cantidad de firmas, también es producto de una discusión social mucho más amplia. Y dentro de eso, muchos compañeros en diferentes espacios hemos realizado distintas actividades y acciones en pos de ampliar el acceso al aborto seguro. Entonces, en ese sentido me interesaba poder pensar hoy qué sucede con el acceso al aborto seguro hoy, cuáles son los obstáculos y cómo esos obstáculos implican una discriminación y una violencia contra las personas con capacidad de gestar y cómo pensar una política de salud que viene, por un lado, por el marco normativo, pero me parece que es una discusión mucho más amplia, que tiene que ver, como decía Nadia, con el sistema de salud, y la gestión de las políticas públicas, que no es tan sencillo como tener una ley solamente. Sabemos que de aprobarse esta ley solamente estaríamos pasando a otra etapa del acceso a los derechos, que tiene que ver con la implementación, y ojalá que sea la mejor ley posible de este momento, porque además tenemos esa otra cuestión, de terminar entrampadas por algunos obstáculos puestos por la misma letra de la ley como ha sucedido en otros países. Pero bueno, siempre una ley que nombre al aborto en término de derechos es otro piso de discusión. Entonces traía brevemente una experiencia que hicimos con FUSA y Católicas por el Derecho a Decidir, que tiene que ver con un monitoreo social a servicios de salud sexual y reproductiva. Básicamente con la idea de poder realizar una acción con diferentes grupos de mujeres y organizaciones territoriales lo que tiene que ver con conocer cómo están funcionando los servicios de salud. Fue una experiencia que realizamos en tres provincias, la idea es poder seguir ampliándola.

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

En Córdoba, Buenos Aires, Formosa y Tucumán se hizo el año pasado. En Buenos Aires, la provincia de Buenos Aires es muy grande, tomamos dos municipios: tomamos Morón y Bahía Blanca, con instrumentos de relevamiento que tenían que ver sobre todo con cómo era el acceso a las interrupciones legales del embarazo o los abortos no punibles hoy vigentes, y por otro lado el acceso a los programas de salud sexual y procreación responsable, que tienen que ver sobre todo con el acceso a métodos anticonceptivos. Hicimos algunas encuestas a usuarias, a tomadores de decisión y profesionales de la salud y una guía de observación a los servicios de salud, que fueron de atención primaria y de segundo nivel de atención. Bueno, trabajamos con grupos de mujeres de los mismos territorios, porque nuestra idea es también poder compartir esta práctica y que se difunda y que quede una [inaudible] 1:16:21 instalada entre cualquier organización que quiera realizar una actividad como esta, para hacer una especie de control ciudadano, por decirlo de alguna forma, de las políticas públicas; que además es algo que suele faltar en nuestro país: que el Estado evalúe sus propias políticas públicas. Bueno, se hizo alianza con los grupos y organizaciones, capacitación, acompañamiento, grupos focales, informes, y después, esto también era un poco una excusa -todo esto para decir que era una excusa- para que con esos datos que muchas cosas una ya lo sabe, sobre todo las mujeres y las compañeras que están en los territorios, poder ir a los tomadores de decisión y decir: "¿ustedes sabían esto?", seguramente lo sabían pero bueno, una se hace la ingenua a veces: "Ah, ¿usted no sabía esto? Pasa tal cosa, las mujeres en su municipio no saben que pueden acceder a métodos anticonceptivos gratuitos. ¿Qué está pasando? No vemos afiches, no vemos esto, ¿qué pasó con la capacitación a los profesionales? Etc., etc." Poder fomentar el diálogo con los tomadores de decisiones y poder también dar a conocer esa información a los profesionales de la salud, las trabajadoras de la salud que están en el territorio, y hacer capacitaciones y acciones con las profesionales. En algunos lugares pudimos seguir el vínculo, con equipos muy capacitados, como fue el caso de Morón. En otros lugares, después de que hicimos la primera actividad, nos cerraron las puertas, como fue el caso de Bahía Blanca. Y en otros lugares hubo actividades un poco más grandes, o no tanto con el sistema de salud solamente porque era mucho más difícil como fue el caso de la Provincia de Formosa, que ahí tuvimos el amparo de la universidad para hacer una actividad pero fue más difícil la convocatoria de los profesionales; ahí directamente nos alejan. Y en términos muy breves poder pensar algunos ejes para analizar también, además de las estadísticas, otras cuestiones, un estudio un poco más cualitativo, que tiene que ver con la accesibilidad a los servicios de salud: la ubicación, el transporte, la referencia, que en atención primaria es más fácil el acceso, por una cuestión también a nivel simbólico: no es lo mismo entrar a un gran hospital donde ni siquiera sé dónde tengo que sacar el turno que a la salita del barrio que probablemente fui a vacunar a mi hijo, etc. Y el espacio es menos intimidante, en general, no siempre. La calidad de atención, en general nos encontramos que en atención primaria hay muchísima más recepción y por esto el diálogo mucho más cercano entre los profesionales y las usuarias del servicio. Pero al mismo tiempo, si bien en algunos casos se destacaba la escucha, en muchos casos las mujeres, cuando las encuestábamos, nos contaban que en general les cuesta comprender a los profesionales de la salud cuando van a pedir una indicación o a hacer una consulta, o que sencillamente no se animan o no las dejan hacer preguntas. Que tiene que ver con el derecho a la información, porque en derechos sexuales y reproductivos como, bueno, en derecho a la

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

salud general el acceso a la información es muy importante. Y sobre todo cuando tenemos una concepción de la salud muy medicalizada: quien tiene que decir, qué es lo que está bien, qué es lo que está mal, qué tengo que hacer, suele ser el médico. Si bien creo que está cambiando un poco esa concepción, generalmente la última palabra la tiene el médico o médica, y además eso atraviesa todo el sistema de salud, es un sistema de salud médico-centrista, como poder pensar esas cuestiones que también van a la calidad de atención y al acceso.

Bueno, esto de los conocimientos de las usuarias en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos que tiene que ver con saber si puedo acceder a un método anticonceptivo gratuito, en general no lo saben. Cuando hay más difusión hay más conocimiento. También eso lo veíamos en Morón en el año 2015. Antes del cambio de gestión había muchos afiches, tanto institucionales como caseros -hechos por las trabajadoras-, y es distinto cuando yo tengo un cartel o una folletería que me diga: "Usted tiene derecho a un método, usted tiene derecho a un aborto en el caso de que el embarazo sea producto de una violación". Y que al pensar en el tema del aborto la mayoría de las mujeres consideraban que la escucha es lo más importante. Y que, a la vez, la mayoría manifestaba que en un caso hipotético de decidir interrumpir un embarazo, no se animarían a consultar a profesionales por el tema de la denuncia, por el miedo a ser juzgada o maltratada. Más que la denuncia, el mismo maltrato del sistema de salud. Y a la vez interesante porque cuando se planteaba la objeción de conciencia, muchas mujeres opinaban que no se pueden negar porque es su trabajo. Eso es textual. Y bueno, un poco también pensar qué tiene que suceder en una guardia cuando llegan con un aborto en curso, y después por otro lado, los profesionales de la salud, que el conocimiento sobre los protocolos y las normativas. Es diferenciado de acuerdo al territorio donde trabajan, no conocen todos la normativa, es algo claro. Hoy en día en las universidades, en las carreras de Medicina, suele escucharse que medicina legal solamente ven lo que no pueden hacer o cuándo le van a hacer un juicio de mala praxis. Como que está cambiando ahora pero [inaudible] 1:22:45 es un obstáculo en la carrera de Medicina en sí, que por otro lado hay un reconocimiento de quienes pueden trabajar con una perspectiva de género y han podido trabajar desde otro lugar, de los equipos interdisciplinarios, que eso se nota mucho el cambio de la mirada y el destacar que los espacios de Consejería, no solamente en el modelo de reducción de riesgos y daños, sino también la Interrupción Legal del Embarazo, el espacio, de tener un lugar donde consultar genera un buen momento para brindar información y acompañar en la elaboración de esa decisión, que si bien la mayoría de las mujeres llegan con la decisión tomada, hay quien pueda estar buscando información solamente. Y otro tema que salió es esto de que hace falta una ley clara que reconozca el aborto como decisión de la persona, y que ampare a los profesionales, su práctica. La normativa es medio ambigua, por decirlo de alguna forma. Como si bien el protocolo de 2015 reconoce que en caso de la salud, el riesgo a continuar, los riesgos de salud, y los tiene que asumir la mujer. Aceptar o no correr ese riesgo es una decisión de la mujer. La última palabra siempre termina estando en el profesional, sobre todo en el profesional médico que tiene que firmar. Ese es un gran obstáculo hoy en día, porque no se termina de reconocer en la Ley la autonomía de la mujer y la capacidad de decisión. Contrariamente a otras normativas que tenemos, que tiene que ver con la Ley de Derechos del Paciente, que es otra normativa que los profesionales de la salud no conocen, pero bueno. O sea, normativas nos sobran, en algunos casos nos faltan, hay que

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

ajustarlas, quizás no son las ideales pero existe y falta también otra concepción. Aun así poder pensar las buenas prácticas en salud, que tiene que ver con la sensibilización y la capacitación de los profesionales médicos y no médicos y el acceso a la medicación, todo lo que... No voy a repetir esto porque tiene que ver con lo que estuvo planteando Nadia antes, y Mariana... Ahora bien, en esto a mí me interesaba como una cuestión más, pensar qué tiene que ver por un lado con el modelo médico-hegemónico, que hablábamos, con el nivel simbólico de la ley, del acceso de pensar que un aborto legal, como bien claro en la ley, no es lo mismo que un aborto despenalizado por causales. Porque hoy es ilegal, salvo... El acceso concreto a los servicios. Me gusta comparar el concepto de ruta crítica que se usa mucho en violencia para ese ir y venir de las personas, de un servicio a otro hasta encontrar una respuesta. Hoy sucede con la situación de aborto. Pasan por diferentes instituciones públicas, privadas, de sistemas de salud, de las organizaciones, de las iglesias, que terminan también llevando en una práctica que se requiere hacer en la menor cantidad de tiempo posible una dilatación excesiva hasta encontrar una respuesta. Y la siguiente parte, como planteaba Nadia, el acceso a la medicación. Hoy en día, la mayoría de los abortos en el sistema de salud, si bien no hay estadísticas concretas, como de boca en boca sabemos que es el uso del misoprostol. Y una cuestión bien restrictiva en cuanto al acceso: desde los precios hasta la farmacia y la idea de que el farmacéutico decide por vos si te tiene que dar esa medicación o no, y de repente el misoprostol es un psicofármaco entonces si no tenés receta rosa no, y etc. Y poder pensar que es una forma discriminatoria porque incumple con los derechos de autonomía, la libertad reproductiva, el derecho a la salud, que está incluido en un montón de pactos internacionales, solamente nombrar CEDAW o el de Belém do Pará, y el Consenso de Montevideo, y en leyes como la 26.485, que es la Ley de Violencia contra las mujeres que habla del respeto por la libertad reproductiva, y la Ley de Derecho del Paciente. Pero además es una forma discriminatoria, porque hoy depende del servicio de salud al que llega la persona y está muy diferenciado por territorio, como planteaba Mariana, y que exige a una parte de la población: aquellas personas con capacidad de gestar, a hacer más que la otra. O sea, ante un embarazo, nosotras, en general somos mujeres autopercebidas como mujeres, tenemos que hacer más que otra parte porque tenemos que cambiar nuestro proyecto de vida, mínimamente en los siguientes 9 meses. Digo mínimamente en esta idea como si se terminara ahí, pero no. Y después cumplir una pena si no estamos dispuestas a hacer eso, porque la letra de la Ley dice que está penado. Y cómo pensar una política pública. Solamente voy a tirar algunas líneas en cuanto al debate que se está haciendo ahora, como la diferencia entre la legalización con despenalización y la despenalización sola que la legalización con despenalización implica, bien clarito en la Ley, que el Estado se haga cargo del acceso y que no se pene a la persona que decida interrumpir su embarazo. Y la despenalización sola sería un modelo de causales como el que tenemos hasta ahora. ¿Por qué aclaro esto? Porque tenemos, en los proyectos de Ley, los 9 que hay presentados y que están en discusión, uno de ellos solo proponen la despenalización, 6 proponen, 7 contando el de la Campaña, proponen la legalización hasta las 14 semanas por libre decisión y después por causales, otro no pone límite; la objeción de conciencia se plantea de diferentes formas de acuerdo al proyecto de ley. Otro punto muy debatido que de los 9, 8 tienen una letra similar pero que está en discusión hoy en el recinto, es el acceso de niñas y adolescentes sin la autorización de sus padres; algunos proyectos que

Universidad Nacional de General Sarmiento

Licenciatura en Política Social

proponen la penalización de quien obliga a abortar a la mujer o a que realice la práctica sin el consentimiento; y entre otros puntos, como el tema de la Ley de Identidad de Género, que solo está contemplada en 3 de los proyectos: o sea, pensar que las personas que tienen acceso a interrumpir el embarazo no son solamente mujeres, sino cualquier persona con capacidad de gestar contemplando los cambios en la Ley de Identidad de Género. Esto, como decía antes, y cierro acá, el tema de que es un piso porque va a haber que seguir trabajando bastante como para contemplar algunas otras cuestiones que tienen que ver con el sistema de salud, con la formación de los equipos, con las no-dilaciones para la práctica, etc. Como para que sigamos pensando.

Marisa Fournier: Muchísimas gracias por las exposiciones. Si les parece podemos hacer una ronda de preguntas y comentarios.

Participante 1: ¿Qué problemáticas trae el caso de las personas que hicieron el cambio de género y aun así tienen que abortar?

Florencia Maffeo: ¿En qué sentido?

Participante 1: Porque yo lo escuché varias veces, que está incluido en Aborto Legal Seguro y Gratuito para mujeres y trans. Y supongo que cuando hablaban de pasar la mejor ley posible eso debería estar contemplado también, ¿no?

Florencia Maffeo: No, sí. Eso es lo que decía al final: que de los proyectos de ley que se han presentado, 3 lo explicitan. Uno de ellos es el de la Campaña, si no me equivoco, los otros dos son el de Ferreyra y el de Filmus, que contemplan bien clarito, digamos, que es cualquier persona con capacidad de gestar, pensando en los varones trans, o personas que no se identifican ni como mujer ni como varón, a-género o cualquier otra situación.

Participante 2: Claro, por ahí yo interpretaba algo como que la identidad tiene que ver con la identidad autopercebida, con el cuerpo autopercebido, con la identidad de la personalidad, del modo de vida, y no con una cuestión registrada, no hace falta una etiqueta, o decir: [inaudible] 1:32:56 poder abortar, simplemente tener la capacidad de estar embarazada e ir a abortarlo.

Participante 1: Sí, claro. La preocupación que yo tenía es que siempre hay alguien que va a abusar de esos grises semánticos, por decirlo de alguna manera.

Florencia Maffeo: Es que no es un gris semántico, es una realidad concreta. Hoy en día lo tenemos bien visible, pero hay personas que no se consideran mujeres ni varones, o se consideran varones trans, y que tienen genitales, un sistema reproductor concreto, tienen la capacidad de que si un óvulo se junta con un espermatozoide, se implanta, se genera el embarazo. Y a partir de ahí, la decisión, igual que tenemos las mujeres autopercebidas mujeres. Entonces, me parece que lo interesante es que hoy se contemple tal como dice la Ley de

Identidad de Género, sin necesidad de un cambio registral del nombre, porque lo plantea la Ley, sino solamente si yo mañana decido que soy Pablo y quedo embarazado y decido abortar, voy y la visito a Nadia y le digo: "Nadia, qué tal, necesito abortar", y Nadia me va a decir: "Bueno Pablo". Para mí no hay grises. Y digo que es la menor proporción porque numéricamente la población es menor. Pero tiene que estar contemplado porque no podemos seguir pensando en obstáculos. Y además me parece que es importante para la comunidad trans y LGBTTI que se nos reconozca como sujetos de derecho. Entonces también es importante que eso esté en la Ley en términos de reconocernos como sujetos de derecho, me parece.

Participante 1: Ojalá sea así.

Participante 3: Sí, si no pateamos todo.

Participante 4: Quería agradecer a todo el panel y a los estudiantes que me sacaron de la clase y me dijeron: "¿podemos venir al panel?". A veces una con tantas cosas que pasan en la universidad, aun con esta importancia, se pasan. Así que la verdad es que agradezco mucho. Tengo dos preguntas y dos reflexiones. Porque, muy interesante, hablaban de la distancia entre lo que se legisla y lo que efectivamente se garantiza en el derecho. Entonces, por ejemplo, pensando, quería preguntarles, si habían tenido registros, seguramente lo tienen, ya sea en estadísticas o en experiencia en campo, con cuestiones de salud reproductiva, por ejemplo para acceder a ligadura de trompas. Pasa que conozco un montón de mujeres que tienen que pasar por un periplo, entonces ahí ya va más allá de la objeción de conciencia con respecto a la vida y la cuestión de la vida, del embrión, entonces no les dejan a las mujeres hacerse la ligadura de trompas a mujeres que tuvieron x cantidad de hijos y x cantidad de abortos. Entonces, simplemente para estar conscientes de lo que estamos discutiendo, y por otro lado la cantidad de trabas y de cuestiones. Pero yo, digo, eso por un lado, porque hay tanta experiencia médica y con el sistema de salud acá que está bueno pensarlo y tener esa información. Y también una pregunta o una reflexión política. Yo pensaba: si no perciben, más allá de todas las dificultades y toda la violencia y toda la agresión que me parece que hemos recibido en torno al debate de esta Ley, si no es ya una victoria que tengan que explicar por qué no, que tengan que justificar por qué no o por qué mantener la penalización [inaudible] 1:37:32. Entonces como ver el vaso medio lleno. Pero me quedaron esas...

Mariana Romero: Digo, podríamos tomar acceso a la ligadura tubaria, acceso al dispositivo intrauterino, parto respetado, atención a mujeres víctimas de violencia sexual, digo, los servicios que lidian y se ven compelidos con la sexualidad de las mujeres, de los varones, de los que no se definen, siempre son complejos, y eso no quiere decir que sean obstaculizadores, son complejos porque lidian con dimensiones complejas. Entonces, esta aproximación que solemos tener, sobre todo desde el campo de la Medicina, no necesariamente desde el campo de los sistemas de salud. Pasa algo, intervengo, doy esto, se recupera la salud, con esta idea del continuo de prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación, que no existe acá. Primero porque en general tratamos con gente que está sana, en segundo lugar porque lo que estamos

buscando es potenciar el bienestar, promover los derechos. Son acciones muy distintas al mero acto de prescribir algo, que es lo que, en general, estamos más habituadas. No porque seamos mala gente, la formación es así. Tiene ese paradigma metido y hay un montón de experiencias distintas de formación, pero que no prevalecen de la misma forma, o no están tan difundidas como esta hegemonía mucho más patente que es con la que lidiamos durante nuestra formación y nuestro trabajo. Entonces, de eso hay un montón de anécdotas, en muchos casos documentadas, que aplican a esa y a un montón de cosas. Y también a propios obstáculos que pone el sistema. Digo: para hacer una ligadura tubaria, lo deseable es hacerlo, por ejemplo, con una proscopía, o sea, no necesitas entrar a una mujer en el quirófano, pero necesitas un anestesista, los anestesistas son una casta especial que están pagados por módulo, que tienen sus propias reglas, que se auto-regulan en cuanto a la formación y a la cantidad que hay. Entonces vos tenés guardias de hospital donde no hay anestesistas. Y ellos te dicen: "Bueno, pero esto no es una urgencia". Entonces tenés 6 meses de espera, y la miro a Inés porque sé lo que padecen en muchos de los hospitales los equipos que quieren garantizar las prácticas y tienen que lidiar con una especialidad que debería ser igual que cualquiera de las otras, pero quién sabe qué derechos les arroga, o qué privilegios les arroga en realidad. Entonces, sí, hay un montón. Por supuesto que este es un debate que nos tiene entusiasmadísimas que es bienvenido, que lo celebramos, que tenemos, como yo digo, un estado basal, contentas, parecemos una especie de maníacas que nos vamos riendo por la calle quién sabe de qué, pero no alcanza, nos lo merecíamos. Hace muchos años que venimos trabajando, nos lo merecíamos, todas, todos. Ahora, no alcanza. Porque necesitamos eso y el voto, necesitamos una ley y la implementación. Yo me despierto a las 4 de la mañana pensando qué vamos a hacer si la Ley se aprueba, todo el tiempo. Entonces, ahora, ¿qué necesitamos? Necesitamos clínicas, necesitamos ver cuál es la [inaudible] 1:41:35, porque va a venir ese desafío. No sé si va a venir ahora, pero va a venir. Entonces, hay que procesarlo, nos va a llevar tiempo, vamos a tener obstáculos, los países de la región que están pasando por esos procesos: Uruguay, Chile. Nos da mucha tristeza pasar por un proceso... Claro, salieron de la prohibición absoluta a causales que tienen 2 millones de limitaciones. Hay un cambio normativo, fue bueno, fue bueno el debate, pero no les alcanza ni ahí. Entonces, parece que nosotros tenemos una tradición distinta, tenemos otra reflexión hecha sobre los procesos, tenemos equipos de salud que vienen de distintos lugares, un poco diferente a lo que es la formación de los equipos de salud de Chile, con toda la conflictividad que hay entre matronas y médicos, pero distintos. Bueno, se nos va a poner en juego, y a ver cómo lo hacemos.

Participante 5: Muchas gracias a todas. Quería consultar sobre algo que no surgió y que yo lo vi en uno de los exponentes, que me dejó pensando en realidad, la segunda exposición, que hablaba de legalizar el derecho a abortar cuando te enteras que el feto posiblemente tenga alguna malformación o tenga algún problema futuro [inaudible] 1:43:29 o lo que sea. Que el exponente era justamente en contra del aborto porque decía que esto era una discriminación a las personas que tienen alguna discapacidad. En realidad no estoy ni en contra ni a favor de lo que dijo, pero me quedó un poco en el tintero qué le diría yo a alguien que me plantea eso cuando estamos charlando. Y ella justo decía que quizás estaría bueno tener quizás más argumento a la hora de discutir. Y justamente frente a eso que no lo tocaron, no se me puede

ocurrir cómo rebatir eso porque aparte, obviamente, no tengo las herramientas, todavía no estudié lo suficiente, pero quería saber si alguna tenía alguna opinión para aportarme.

Florencia Maffeo: A ver, todos los proyectos de ley hablan de malformaciones, menos uno que es solo despenalización, que es solo clarificar las causales vigentes que es uno de los de [inaudible] y ahí cada proyecto tiene una letra distinta: algunos hablan de malformaciones fetales graves, otros hablan de malformaciones incompatibles con la vida extra-uterina, otros hablan de malformaciones severas y qué sé yo. Yo me lo pongo a pensar ahora y eso no tendría que haber estado nunca, pero básicamente porque podría entrar dentro de lo que es la causal salud, fue creo que, entre nosotras, mejor pensarlo dentro de la causal salud. Porque la noticia de tener un futuro bebé con una malformación x genera mucha angustia. Yo he acompañado a mujeres a abortar embarazos de fetos con malformaciones y la verdad es que es un nivel de angustia... O sea, siempre es muy angustiante, pero sobre todo en estos casos porque además en general sucede que son embarazos buscados. Entonces tenemos ahí como otro tema. Ahora, la realidad hoy es que los niños, niñas que nacen con malformaciones x, en general y la gran mayoría, son los de sectores populares. Porque las mujeres de los sectores medios y altos tienen los recursos para hacerse los estudios, la transnucal a la semana 12 y si tienen un niño o niña con síndrome de Down probablemente aborten, sobre todo si tienen recursos para pagar un aborto seguro a una edad gestacional que se los permite, que a veces es más avanzada que 14 semanas. Entonces, hoy existe, es una realidad de nuestro país. Para mí es el mismo argumento. Existen, esos abortos existen. Y hoy tenemos un Código Penal que es de 1921 que más eugenésico no podría ser. Porque además lo que discuten es la capacidad, que en la causal de violación, tomada letra por letra, no con la interpretación de FAL dice: un embarazo producto de una violación de una mujer idiota o demente, para que las mujeres con discapacidad mental o enfermedades mentales no se reprodujeran. Entonces discuten eso, pero seguramente nadie se ponga a discutir ahora si el concepto de autonomía de una mujer con discapacidad está bien o está mal, porque lo que menos les importa es la autonomía de las personas con discapacidad. Esa es mi opinión personal.

Mariana Romero: Hoy justamente uno de los médicos que pertenece a la RENAC, la Red Nacional de Alteraciones y Malformaciones... Es una red que hace vigilancia epidemiológica de malformaciones, tanto de niños o niñas que nacen y sobreviven a esa malformación como de fetos que fallecen en el útero, lo que esgrimíamos es lo que además vemos. Digamos: cómo se posiciona una mujer frente a un embarazo de un feto que tiene una malformación es distinto según la mujer. Va a haber mujeres que saben que esa malformación está, que probablemente no llegue a término, y aun así deciden seguir y va a haber mujeres que deciden interrumpir. Siempre en un proceso muy angustiante como decía Flor, porque también si esa mujer decide seguir porque, en general, un embarazo que suele ser más visible que los otros porque como producto de las malformaciones muchas veces la cantidad de líquido que forma ese bebé, ese feto, es mayor, entonces eso es: "¡Qué panzona que estás!", y ella sabe lo que le va a pasar y es muy angustiante, la presión social de eso es muy fuerte, y habrá mujeres que deciden continuar y otras van a decidir interrumpirlo. Pero para quienes acompañamos a esas mujeres, no es la magnitud de la malformación, es lo que a esa mujer, a su entorno, a su familia, a los otros hijos,

al deseo que ella tenía cuando inició ese embarazo, eso es lo que le afecta, eso es lo que decide la interrupción. Entonces, los anti nos acusan de ser discriminatorios o discriminatorias y querer la raza perfecta. No, estamos lejos de ser Mengele, más Mengele es suponer que vamos a sacar del útero de una mujer un feto de 20 semanas y lo vamos a poner en una incubadora maravillosa, no sé cuál es, y esa incubadora maravillosa va a ser que llegue a término. No piensan en lo que significa un vínculo. No entienden nada de la maternidad si piensan que es reemplazable por una incubadora fantástica que los va a llevar a término. Entonces, si es por eso, no es que estamos buscando la raza perfecta, lo que estamos buscando es el bienestar de los que están. Y ese bienestar aplica con la causal salud, no necesitamos ninguna otra previsión para aplicarle. Es difícil, claro que es difícil, pero lo otro también lo va a ser, porque quién va a poner el diagnóstico de que esa es una malformación severa, grave. ¿Para quién? ¿Quién tiene el instrumento de medición para eso? No lo tenemos. Lo único que tenemos es la capacidad de las mujeres de tomar esa decisión.

Participante 6: Pensaba que finalmente, bah en principio, es una cuestión política. Porque, cómo una técnica es accesible de acuerdo a la clase social que la persona gestante pertenece y me acordaba que las ligaduras tubarias eran compulsivas en neuropsiquiátricos: En el Esteves. Digamos, la mayoría de las mujeres que estaban internadas y que en los manicomios eran internaciones prolongadas de más de veinte años, tenían ligadura tubaria, no consultada. O sea, era una decisión que los médicos aplicaban para el control de homogramas... Entonces, por un lado tenemos que luchar para que las mujeres de clases populares puedan acceder a la ligadura tubaria [inaudible] 1:51:49 y no están las condiciones garantizadas [inaudible] y, por el otro lado es estar controlando cómo se toman esas decisiones. Nuevamente, porque esos cuerpos, en tanto cuerpos sensitivos, ajenos a cualquier autonomía. Entonces, como justamente me hiciste acordar con esto de: "A ver si todavía se reproducen las locas, o las dementes". Por eso es una cuestión política, porque ahí la ligadura tubaria era moneda corriente y estaba bien visto.

Mariana Romero: Como también hay ligaduras tubarias compulsivas. Lo que no se tiene en consideración es que somos cuerpos sexuados, deseantes y subjetivados. Digo, toda esta discusión acerca de la adopción o la no adopción no están entendiendo nada de las transformaciones que acontecen en un cuerpo sexuado embarazado, y en todo lo que se configura alrededor de la maternidad como una función social con toda la carga que tiene y demás. Yo escucho a los anti-derechos y pareciera que somos cosas que de pronto pueden poner o sacar de aquí y de allá. Lo que nunca está en discusión es el deseo y el bienestar. Hablan de un feto como si fuera, no sé, subjetivan a un feto cuando en realidad la subjetivación es nuestra. ¿Se entiende? Hay una subjetivación... Cosas muy raras están sucediendo. Dicen cosas raras.

Participante 7: Yo quería consultar por qué se hace en término de 12, 14 semanas, con qué tenía que ver con el desarrollo del feto, o sea, cuál es la situación de ese término, qué pasaría después, la Campaña despenaliza pero se acompaña un seguimiento posterior, sé que hay otros proyectos que sí...

Marisa Fournier: Estamos en horario, respondemos esta pregunta y terminamos.

Mariana Romero: Vos estás preguntando por qué haber elegido 14 semanas y qué pasa después.

Participante 7: Con respecto a los proyectos.

Florencia Maffeo: Yo puedo contar un poco por qué 14, no voy a tratar de contarlos en términos médicos porque no soy médica. Pero sí que hay una cuestión concreta en el acceso y de barreras que también se empiezan a notar. Por un lado, porque los procedimientos de interrupción del embarazo, en tecnología médica hablando, tanto en [inaudible] 1:54:58 como en medicación, no hay variación en los riesgos y entre los procedimientos, prácticamente, entre las 12 y 14 semanas; de hecho lo mostraba Nadia hace un rato del protocolo de la OMS. Y después, por una cuestión que, lo hemos visto en Uruguay, que la legislación uruguaya dice hasta la semana 12 y llegas a la semana 11,6 y te dicen: "No.", porque te tocan los 5 días de reflexión y entonces después te toca no sé qué. O sea, hay una cuestión así muy concreta de eso y en términos también de cómo se calcula la edad gestacional y etc. ¿Qué pasa después? Si vos estás de más de semanas, entras en el circuito por causales, como tenemos ahora: causal violación, causal salud. Ese es el proyecto. Tenés que volver a ser encausada, eso sería.

Mariana Romero: El acompañamiento aplicaría lo que hoy aplica. El acompañamiento es: si el equipo puede certificar una causal de esa mujer se le da acceso al aborto y se la acompaña en la Consejería. Digo, es difícil que una ley... por eso la reglamentación es bastante distinta y lo que va a hacer el programa va a ser otra cosa. La Ley lo que tiene que decir es: quién es la autoridad de aplicación, en qué condiciones va a ocurrir y cómo se va a hacer. Punto. Después vamos a tener que trabajar en cómo va a ocurrir efectivamente.

Participante 8: En realidad quería contar que nosotras pertenecemos al sistema de salud de Malvinas y está funcionando una Consejería de ILE en el Hospital Materno-Infantil María Eva Duarte de Perón, el único Materno-infantil de Malvinas, atendemos pacientes de Malvinas nada más, las interrupciones se hacen hasta la semana 12 y es un equipo interdisciplinario. Seleccionamos una psicóloga, trabajadora social y ginecólogos, con las dificultades que tenemos en el sistema. Pero los miércoles de 8:00 a 12:00 en el Hospital Materno-infantil funciona la Consejería. Y bueno, hay métodos anticonceptivos en todas las salitas, [inaudible] 1:58:06 si no hay en las salitas en el Hospital tiene que haber y si no pueden acercarse a la Maternidad e insistir, porque es un poco difícil pero hay métodos anticonceptivos. Funciona la Consultoría y se hace en otros lugares también.

Marisa Fournier: Tenemos que hacer una segunda vuelta también.

Muchas gracias a todos los presentes, la vamos a seguir en el Congreso, fuera del Congreso, y sobre todo para desmadejar políticas públicas, una ley habilita la creación de políticas públicas. María Crojethovic, que es la coordinadora de la carrera de Política Social va a seguir

saludando.

María Crojethovic: Simplemente agradecer también al comité de carrera, a los estudiantes que nos estuvieron ayudando muchísimo con la organización y la convocatoria, y también a la regional por la Campaña que también nos ayudó en la difusión. Muchas gracias.