

MARZO 2023

**Entre los abortos
que tenemos y los
que queremos:
cuando lo mejor es
amigo de lo bueno**





Entre los abortos que tenemos y los que queremos: cuando lo mejor es amigo de lo bueno

A MÁS DE DOS AÑOS DE LA LEGALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE), ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LOS IMPEDIMENTOS EN EL ACCESO Y LAS POSIBILIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN



Por Agustina Mileo, Agustina Ramón Michel, Dana Repka y Florencia Bellone

“[La ley] cae en la paradoja de obligar a las víctimas a callarse porque ‘todo aquello se acabó’, haciendo que lo que sucedió continúe bajo el mismo silencio de entonces”, escribió Annie Ernaux en una página de su libro El Acontecimiento. Se refiere al aborto.

Los abortos siempre existieron y, durante mucho tiempo, quienes los nombraron lo hicieron a pesar de las consecuencias adversas que esto les traía, con una convicción ineludible que finalmente dio lugar a la marea verde del 2018. Desde entonces, pareció que no se podía hablar sin nombrarlos. De hecho, no hacía falta. Las personas colgaban de sus carteras y mochilas pañuelos verdes y celestes y se podía saber su posición respecto al tema sin que mediara palabra. Si bien se entiende que la necesidad de aprobar una ley implica una atención excepcional e incesante sobre el reclamo, una cosa es no parar de hablar sobre algo y otra muy distinta

es dejar de hablar sobre ello. Se suponía que los debates legislativos sobre el aborto habían puesto “el tema sobre la mesa” para que nunca más volviera a ser silenciado. Eso se cumplió. Hoy, no podemos decir que exista un silenciamiento, pero el tema ya no aparece en los medios ni en las declaraciones públicas de nuestros funcionarios.

Probablemente, esto está relacionado con la creencia de que las leyes son soluciones en sí mismas y no habilitadoras de políticas públicas que hay que implementar. También, con una confusión respecto al rol de los movimientos feministas en relación a sus posiciones sobre el aborto, como si la lucha fuera para que se aprobara una ley y no para garantizar derechos y mejorar nuestra calidad de vida, tanto de la que tenemos como de la que deseamos. Decir que algo es responsabilidad del Estado no es lo mismo que afirmar que el Estado debe tener la tutela exclusiva y absoluta sobre el tema. Por eso, es importante señalar que el silencio de hoy es mediático. Las feministas en la gestión pública, en las organizaciones sociales, en la academia y en todos los lugares en los que haya una práctica crítica consistente siguen hablando de aborto, pero, sobre todo, siguen diciendo cosas sobre él.

Este artículo reúne datos sobre implementación, analiza la figura de la objeción de conciencia, reflexiona sobre los sujetos que producen conocimiento y recopila propuestas para la mejora de la accesibilidad con el objetivo de conocer cómo son los abortos que tenemos y reflexionar acerca de cómo son los que queremos.

QUIÉN, CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE:

LOS DATOS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN

Durante los debates de 2018 y 2020 respecto a la legalización del aborto, la falta de datos oficiales se insertó de distintas maneras en los argumentos. Quienes luchaban por la legalización citaron investigaciones que lograron legitimar —mediante publicaciones con revisión de pares— algunos métodos de estimación de la [cantidad de interrupciones del embarazo que se realizaban en el país](#). También se citaron informes oficiales de otros países, como Uruguay, para mostrar que la mortalidad materna disminuye con la legalización. Además, la falta de estadísticas oficiales era señalada como parte de la desidia del sistema de salud con frases del estilo: “sabemos que hay un problema, que hay gente que muere en abortos clandestinos, pero ¿cómo podemos abordar la situación sin un diagnóstico adecuado?”. La legalización, decían, nos permitiría tener datos confiables para hacer un mapeo del tipo “cómo, cuánto y dónde” en relación al aborto y actuar tanto para atenderlos como para evitar embarazos no deseados.

A dos años de la legalización, los tan anhelados datos oficiales existen. Sin embargo, esto no quiere decir que tengamos un diagnóstico completo. Hay dos problemas principales, ambos esperables y razonables. El primero, que los datos a gran escala tardan en ser procesados, por lo que para muchos indicadores los últimos disponibles son, en el mejor de los casos, de 2020 o 2021. El otro, la imposibilidad de hacer comparaciones, tanto entre años pre-legalización/post-legalización por la falta de datos del período pre, como dentro del período post, ya que es muy poco tiempo como para observar tendencias y sacar conclusiones.

De todas maneras, y a fin de describir brevemente la situación de la recolección, procesamiento y publicación de datos, se presentarán algunos indicadores relevantes:

Según el informe [ImplementAr IVE-ILE](#), que resume el trabajo de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, al 30 de septiembre de 2022, 1443 efectores de salud de todo el país reportaron haber practicado interrupciones del embarazo, un 7.5% más que en 2021. A su vez, se informaron un total de 59.267 interrupciones de embarazos en el territorio nacional, de los que el 38,4% se realizó en la Provincia de Buenos Aires, el 11,8% en la Ciudad de Buenos Aires y el 11.5% en Río Negro (este último dato merece especial atención, ya que tanto la Provincia de Buenos Aires como la Ciudad son de las áreas más pobladas del país, por lo que es predecible que se encuentren entre las 3 con más abortos efectuados, mientras que Río Negro se encuentra en el [puesto 15](#) de cantidad de habitantes por provincia).

IVE/ILE realizadas en 2022 informadas por jurisdicción al 30.09.2022

Jurisdicción	ILE/IVE 2022 informadas al 30 de septiembre 2022	Jurisdicción	ILE/IVE 2022 informadas al 30 de septiembre 2022
Buenos Aires	22665	Mendoza	1863
Catamarca	652	Misiones	952
Chaco	766	Neuquén	1380
Chubut	1001	Río Negro	686
Ciudad de Buenos Aires	7007	Salta	2799
Córdoba	2459	San Juan	245
Córdoba (Municipio de Córdoba)	1004	San Luis	738
Corrientes	744	Santa Cruz	360
Entre Ríos	1389	Santa Fe	4362
Formosa	625	Santiago del Estero	1135
Jujuy	1640	Tierra del fuego	419
La Pampa	208	Tucuman	3613
La Rioja	555		
		TOTAL	59.267

Fuente: GT Acceso a la IVE ILE, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), SAS, MSAL Nación Argentina. Septiembre 2022.

Por su parte, el [Proyecto Mirar](#), coordinado por [CEDES](#) e [Ibis Reproductive Health](#), “recoge, sistematiza y analiza los datos de fuentes oficiales, pedidos de acceso a la información, estudios especiales, informes de la sociedad civil, en series de tiempo y por provincia cuando sea posible”. En su detalladísima presentación de indicadores, se destacan los siguientes:

- La tasa de fecundidad —cantidad de personas nacidas vivas en un año sobre el total de mujeres en edad reproductiva, por mil— se mantuvo estable en el período 2019-2021 (2.28). La tasa específica de fecundidad adolescente, en cambio, bajó notablemente entre 2019 y 2020. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de hacer comparaciones pre y post legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, ya que la baja significativa que se observa es previa a la legalización. Restará indagar en los motivos, entre los que probablemente la pandemia tenga un rol importante (podría suponerse que entre los embarazos llevados a término por mujeres adultas, una cantidad mucho mayor que para las adolescentes se dio entre parejas convivientes que mantuvieron el contacto durante la cuarentena).
- Durante 2020, la mortalidad materna —cantidad de muertes durante el embarazo, parto y posparto cada 10000 personas nacidas vivas— aumentó significativamente (4.1) respecto a 2019 (3.0) y 2018 (3.7). De nuevo, la pandemia podría explicar gran parte de este aumento, dado que el acceso a todos los servicios de salud se vio comprometido. Esto debe considerarse al establecer la línea de base para la comparación de los valores de este indicador entre los períodos de penalización y legalización. No obstante, la cantidad de muertes maternas por aborto registró una baja significativa entre 2018 (35) y 2019 (25), que continuó en 2020 (23). A la hora de analizar este indicador, cabe preguntarse si el debate legislativo por la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en 2018 tuvo que ver en tanto facilitó información sobre el acceso a interrupciones legales y/o seguras, visibilizando las redes socorristas y el causal salud en su acepción integral, comprensiva de razones económicas y psicológicas.
- La cantidad de tratamientos de misoprostol comprados por presupuesto público nacional no aumentó significativamente entre 2020 (100.000) y 2021 (110.500), pero sí la cantidad de tratamientos distribuidos —18.590 en 2020, y 74.071 en 2021—. Respecto a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), no se hicieron compras con presupuesto público nacional en 2021. Con relación a estos indicadores, se pueden inferir dos cuestiones: por un lado, antes de la legalización se adquirió una cantidad similar de tratamientos con misoprostol

mediante presupuesto público nacional que luego de la legalización, pero la diferencia estuvo en su efectiva distribución. Otra vez, la pandemia probablemente tuvo incidencia en la logística y cadenas de suministro. Además, la ausencia de compra de insumos para AMEU muestra que, si bien hay una mejora en la disponibilidad de elementos para la realización de abortos, aún no se han habilitado efectivamente todas las opciones, lo que afecta la autonomía y el poder de decisión de quienes concurren a un centro de salud para abortar y exacerba el tutelaje médico.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: LA VOLUNTAD INDIVIDUAL PARA CONSTRUIR UN BIEN COLECTIVO

Si se quisiera explicar qué cambió tras la [Ley 27.610](#), se podría empezar diciendo que, al sancionarse, se reconocieron en simultáneo un derecho y una obligación. Por un lado, la ley consagró el derecho de mujeres, personas con capacidad de gestar, adolescentes y niñas a interrumpir sus embarazos sin exposición de motivos hasta la semana 14 inclusive (Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE) y mantuvo las causales existentes desde 1922—el aborto en casos de peligro para la vida o la salud de la gestante y de violación en cualquier momento del embarazo (Interrupción Legal del Embarazo -ILE)—. Por el otro, el texto legal reforzó la obligación del personal de salud de actuar como garantes de este derecho y de prestar una atención de calidad.

Abordar este asunto en términos de derechos y obligaciones, y no de excusas absolutorias penales y permisos judiciales implica una gran transformación. Basta conversar con equipos de salud y organizaciones de mujeres o revisar los monitoreos que le hacen seguimiento a esta ley para conjeturar un cambio de conciencia legal, o, en términos psicológico-sociológicos, subjetivos. Sin embargo, no todo el mundo está de acuerdo ni contento con este cambio, y hay profesionales de la salud especialmente reacios. Así, [la Ley 27.610 previó la posibilidad de que un profesional pueda exceptuarse del deber de participar directamente de un aborto](#) cuando hacerlo le ocasiona “angustia ética”. Esto se conoce como objeción de conciencia (OC), y es la facultad de rehusarse a cumplir con una obligación de fuente legal, administrativa o de cualquier otro tipo de mandato con fundamento en razones morales.

La figura de la OC se originó cuando muchos hombres alegaron convicciones religiosas para librarse del reclutamiento militar. Hoy, las objeciones se han expandido con otro perfil y con más virulencia al ámbito de los servicios de salud, como

[lo retrata el caso de Italia](#), país que tiene permitido el aborto hace décadas pero que hoy tiene más del 70% de médicas y médicos invocando OC, lo que llega al 90% en algunas regiones.

Conceder la posibilidad de que el personal de salud se niegue no sólo a realizar abortos, sino también a prestar atención a personas trans o a entregar anticonceptivos es sumamente problemático. Muchos critican que la objeción de conciencia se haya trasladado del servicio militar a algo tan complejo como la asistencia médica, o se preguntan por qué se le concede a un médico obviar sus obligaciones y no al resto de la ciudadanía o a un defensor público por ejemplo. Otros advierten también sobre el [impacto negativo que genera sobre las usuarias](#). Además, preocupan los usos políticos y discriminatorios de las objeciones por parte de grupos que ven en ciertas leyes como la de IVE, la de identidad de género o matrimonio igualitario amenazas a ideas tradicionales de la familia, la reproducción y la sexualidad, y en la OC un arma de restauración.

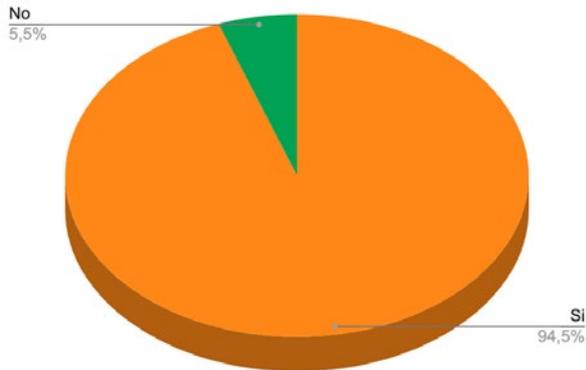
LA LEY QUE TENEMOS: NEGOCIACIONES ARRIESGADAS Y DERECHOS IMPRESCINDIBLES

La ley 27.610 refleja un delicado equilibrio entre el reconocimiento del derecho al aborto, las renuencias de sectores médicos y las negociaciones entre sectores políticos para conseguir los votos necesarios para aprobarla. En particular, los artículos 10 y 11 de esta norma reflejan el afán por reunir las voluntades y votos para sacar adelante la ley, tras el fracaso del 2018, cuando el modo en que la OC estaba regulada —prohibiendo expresamente la OC institucional o de ideario y consagrando en su primera línea la obligación de todo profesional de garantizar la prestación— fue uno de los motivos esgrimidos por senadores para apegarse a su “No”, y dejar así caer el proyecto.

En todo caso, no es una rareza que el derecho argentino permita a un profesional de la salud negarse a una IVE por motivos morales. Casi todos [los países que permiten el aborto en algún grado](#), también permiten al personal de salud objetar intervenir en este procedimiento. Pero es un reconocimiento jurídico delimitado. Según el [Mapa global de nomas de objeción de conciencia en aborto del CEDES y REDAAS](#), la mayoría de los estados exigen a quienes objetan derivar correctamente a la usuaria y brindarle información sobre la práctica del aborto, entre otros límites y deberes.

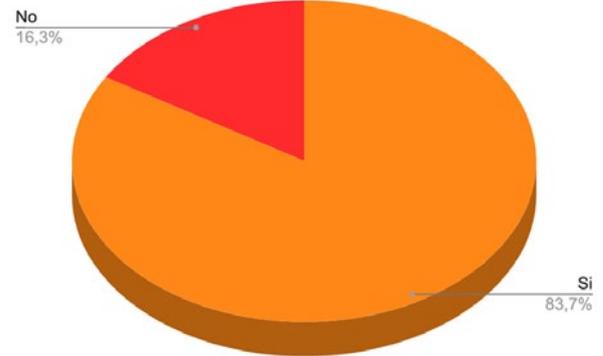
La objeción de conciencia en el mundo

Reconocimiento de la objeción de conciencia



86 países reconocen la OC
5 países prohíben la OC

Imposición de límites



72 países imponen límites a quienes objetan
16 países no imponen límites explícitos

Fuente: [Mapa global de normas de objeción de conciencia en aborto](#). REDAAS. Diciembre 2022.

Argentina se destaca como uno de los países en regular la OC en aborto de manera más completa. Por un lado, habilita la objeción de quien realiza directamente el aborto, pero no de quien realiza otras tareas que hacen parte de cualquier proceso de la salud, como la toma de tensión arterial o la apertura de la historia clínica. Además, la ley exige que quien objeta notifique su decisión y la mantenga en todos los lugares donde trabaje, y que, de buena fe, derive a la usuaria a un profesional disponible. Finalmente, se manda explícitamente a que el objetor cumpla con el resto de los deberes profesionales y jurídicos. Esto se debe a que la ley [tomó nota de la experiencia](#) que ha mostrado que las formas en las que se invoca la OC muchas veces son violentas, de maltrato, alejadas de ese retrato de una médica atribulada moralmente que se disculpa con su paciente por no poder ser ella quien le ofrezca la atención. También, la ley prohíbe la OC para el posaborto, o cuando la vida o salud de la persona gestante esté en peligro, o cuando no puede derivarse a otra profesional. Por otro lado, y en línea con la mayoría de los países, la norma argentina prohíbe la "OC institucional", es decir que, sanatorios, clínicas y hospital-senteros se proclamen objetores.

El derecho al aborto y, con él, el derecho a la objeción de conciencia parecen ir de la mano desde la década del '70, cuando los países europeos arrancaron con sus primeras leyes de IVE, siempre en un combo que, por momentos, parece imposible y arcaico. Sin embargo, es una historia que sigue escribiéndose con nuevas ideas. La nota dominante del último tiempo, y que viene ante todo de América Latina, es que los parlamentos y las cortes no se contentan con repetir viejas fórmulas, sino que ensayan lo que llamaremos “garantías institucionales”. Estas garantías reconocen la responsabilidad al Estado y las autoridades sanitarias en el asunto y les obligan a adoptar medidas concretas para impedir que las objeciones individuales se conviertan en una barrera insalvable. El [Protocolo Nacional para la atención integral del aborto](#), que aprobó el Ministerio de Salud de la Nación, contempla una de estas garantías: los servicios de salud deben “diseñar y monitorear mecanismos de derivación interna para los casos de OC individual dentro del servicio”. Subyace la idea de que los límites y deberes individuales no son suficientes, y que, por el contrario, la protección de las usuarias ante las invocaciones de OC requiere de compromisos institucionales.

HECHA LA LEY, HECHA LA TRAMPA: LA OC COMO IMPEDIMENTO PARA EL ACCESO AL ABORTO

Sin embargo, las leyes no hacen magia y la realidad siempre exige más que el texto de una buena regulación. El informe del [Proyecto Mirar](#) releva casos de profesionales que se declaran objetores en el hospital público, pero que luego realizan abortos en su consultorio privado, o de personal administrativo que demora en asignar turnos cuando saben que las mujeres y personas gestantes vienen por una IVE. **Es que, aún hoy, las objeciones abusivas son parte del orden de las cosas, sobre todo para quienes son pobres, jóvenes y/o viven en ciudades pequeñas del país o sitios aislados.**

Luego, está lo institucional. En un monitoreo del CEDES sobre OC, se verificaron dos tipos de “negaciones institucionales” preocupantes. Por un lado, hay hospitales y centros de salud públicos en donde la totalidad del personal invoca OC, a pesar de que la ley obliga a estas instituciones a contar con personal de salud disponible para garantizar el servicio. La provincia de Córdoba registra una de las situaciones más críticas en este sentido: según una encuesta realizada por [Católicas por el](#)

derecho a decidir, cerca del 75% de los hospitales y centros de salud no realiza abortos legales. Por otro lado, para los sanatorios privados que no cuentan con profesionales disponibles para la IVE o ILE, la ley 27.610 les exige que tengan dispuestas tercerizaciones que permitan derivar a la usuaria. Sin embargo, hay clínicas privadas actuando como verdaderas objetoras sin garantizar siquiera la derivación en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Luis, entre otras.

La brecha entre la ley escrita y la cotidianeidad también surge de los relatos de varias mujeres. En el último Encuentro Plurinacional de San Luis, varias participantes relataron en primera persona lo que es toparse con negativas de equipos completos de salud en Salta, Santiago del Estero o Córdoba. Este es el caso de una joven que llamaremos Camila en San Miguel, provincia de Buenos Aires, quien recurrió a un centro de salud y se encontró con que no sólo ningún profesional estaba dispuesto a atenderla sino que la negativa se extendía a todo el municipio. Camila tuvo que viajar hasta un hospital de Moreno para acceder a la interrupción de su embarazo, no sin antes ser hostigada y aleccionada, con charlas y videos, por el personal de San Miguel.

LOS ABORTOS QUE QUEREMOS: QUÉ PUEDE HACERSE PARA REDUCIR EL IMPACTO DE LAS OBJECIONES

La ley 27.610 es el hito de un nuevo entorno legal que arrastra comportamientos antiéticos por parte del sistema de salud que pretende cobijarse bajo el ejercicio del derecho a la OC. Es por ello que hoy toca asegurar que las objeciones en las prácticas de IVE se ciñan a lo estipulado en la ley para que la OC no sea un impedimento de acceso y no, como muchas veces sucede, que se conviertan en operaciones de desgaste para el sistema de salud, menos aún en actos de maltrato u obstaculización hacia las personas que decidieron interrumpir sus embarazos.

Los usos abusivos de la OC pueden denunciarse. Denunciar es importante no sólo para sancionar situaciones de obstaculización, sino también para contar con datos oficiales que midan la magnitud del fenómeno. La Línea 0800-222-3444 del Ministerio de Salud de la Nación recibe quejas de todo el país y da respuesta a las usuarias

que no encuentran un centro de salud disponible. Por negaciones de obras sociales y medicina prepaga, se puede reclamar a través del [formulario de Defensa del Consumidor del Ministerio de Desarrollo Productivo](#) o, de modo similar, usando el [formulario de la Superintendencia de Servicios de Salud](#).

Pero, como bien han señalado los movimientos sociales desde siempre, no se trata solo de denunciar sino de prevenir y cambiar actitudes y comportamientos de manera sistémica e integral. Esto se traduce en la necesidad de más y mejores capacitaciones y en mejorar las condiciones para que más profesionales integren los servicios de IVE e ILE. Según el [informe ImplementAr IVE-ILE](#), durante 2022, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva capacitó a más de 3000 integrantes de equipos en el tema.

Por otro lado, la introducción de la atención de la IVE y la ILE en las currículas de estudio de las carreras de medicina y de la salud es un hueso duro de roer, pero fundamental a largo plazo. Es que, como indica un [documento del CEDES](#) que estudia las OC en las residencias médicas, muchas jóvenes profesionales se declaran objetoras producto de desconocimientos, prejuicios y miedos, tales como sensación de ineptitud para acompañar, miedo del estigma de “ser aborterx”, e incluso temor ante sus superiores y necesidad de mantener una buena imagen, reforzados por un contexto de excesiva carga laboral y bajos salarios. Estas razones pueden y deben atenderse no sólo a través de prohibiciones, límites y permisos legales, sino con entrenamiento, espacios de reflexión, información legal, intercambios entre colegas, y experiencia directa con pacientes que les permita escucharlas y no simplemente confirmar prejuicios o creencias.

Por último, puede pensarse en las “[tareas compartidas](#)” como otra manera de paliar uno de los efectos más negativos de las invocaciones de OC: la disminución del personal de salud disponible. La [OMS](#) define las “tareas compartidas” como una estrategia encaminada a ampliar el repertorio de personal involucrado en la atención más allá del médico gineco-obstetra. Para esto, necesitamos que las leyes habiliten a enfermeras y obstétricas a hacer consejería pre y post aborto, a prescribir anticonceptivos o misoprostol, y que sus casas de estudio les ofrezcan la correspondiente formación.

La conciencia no es monopolio de nadie. La OC no es un “vale todo”. Las mujeres y personas gestantes que deciden continuar o interrumpir sus embarazos y los equipos de salud que las atienden merecen no menos respeto de sus derechos y su con-

ciencia que un médico que objeta. Frases que bien podrían haberse incluido en la Ley 27.610 si acaso las leyes se escribieran en otro tono. Pero acá estamos, con la ley que supimos conseguir en un equilibrio entre lo querido y lo posible según infinitas perspectivas. Hecha la ley, la lucha continúa.

SIN SABER SABIENDO: EL ROL DE LAS SOCORRISTAS COMO PRODUCTORAS DE CONOCIMIENTO

Al considerar el diseño de una política pública y su posterior implementación, resulta muy importante pensar en quiénes son los sujetos de conocimiento legitimados y habilitados en su producción; esto es, quiénes participan en su planeamiento y quiénes la llevan a cabo. En el caso del aborto en Argentina, el rol de las activistas, que permitió tender redes que durante muchos años fueron las que garantizaron procedimientos seguros y acompañados, no fue considerado de manera explícita en la ley —aunque sí incorpora elementos pensados para que su accionar no sea criminalizado—. Si pensamos en el instrumento legal como el gran habilitante para una mejora de la calidad de vida y el acceso a la salud, es lógico que creamos que está construido en torno al mejor conocimiento disponible, tanto desde sus fundamentos como desde su capacidad para difundirlo y habilitarlo. Sin embargo, dada su ausencia, pareciera que la ley presupone que el conocimiento producido por las activistas sobre el aborto es de menor calidad que el del sistema médico-hospitalario.

Nadia Mamaní, militante de la Colectiva Feminista La Revuelta Gran Buenos Aires en Socorristas en Red cuenta que: “No hubo instancias directas de colaboración para la redacción de los proyectos de ley. En 2018, fuimos convocadas activistas feministas socorristas de diferentes puntos del país para dar argumentos en ocasión de las audiencias públicas en el debate por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. En el año 2020 nos invitaron desde el Senado para las audiencias. Sabemos que en ambos años hubo compañeras que estaban asesorando o siendo parte de la redacción que insistieron con considerar las prácticas existentes vinculadas a redes de acompañantes. Especialmente en 2018. En 2020 desconocemos más sobre ese proceso”.

Hasta que se sancionó la Ley 27.610, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo fue asegurada en muchos casos por los grupos activistas. En el año 2012, se creó [Socorristas en Red \(Feministas que abortamos\)](#), una organización de alcan-

ce nacional que constituye un ejemplo paradigmático de estos grupos. Su surgimiento fue a partir de un cambio de estrategia frente a la pérdida de estado parlamentario que, año tras año desde 2007, padecían los proyectos presentados por la [Campaña Nacional Por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito](#). Sin abandonar la lucha por lograr la aprobación de la ley, Socorristas en Red brindó respuestas para una demanda que el sistema de salud institucionalizado no reconocía como parte de sus responsabilidades. Ya en el año 2016, la red nucleaba a cerca de 30 organizaciones en el país que brindaban asesoramiento y acompañamiento a las personas que decidían interrumpir un embarazo¹.

[Las prácticas socorristas](#) se organizaron en torno a cuatro pautas de acción: 1) llamados telefónicos; 2) encuentros cara a cara; 3) seguimiento del proceso del aborto y post-aborto; 4) establecimiento de vínculos con sectores de salud considerados “amigables”. Su objetivo básico fue acompañar los abortos respetando [la premisa](#) de que quienes se acercan con el deseo de poner fin a un embarazo tienen derecho a decidir cómo realizarlo, en qué momento, y a hacerlo o no en compañía. Hoy, estas prácticas se siguen sosteniendo para todos los casos en los que alguien se comunica con la Red para acceder a un aborto.

Sobre cómo se podrían haber incorporado estas experiencias en la Ley existente, Nadia sostiene que “podría haberse incluido la figura de cuidadoras activistas para situaciones complejas, para acompañar el ingreso o los procesos de aborto en las instituciones de salud o simplemente para garantizar la presencia de una persona durante el proceso si alguien así lo quisiera. Como red de acompañantes armamos ingenierías de forma más artesanal por pedidos puntuales cuando la falta de acceso en el lugar de origen implica traslados a otras localidades o provincias”. Y agrega que creen que podría habérselas convocado para las siguientes instancias: formaciones de los profesionales de salud, “especialmente en todo lo que hace a los sentidos de ‘acompañar’ y a lo que concierne a los usos de Mifepristona y Misoprostol” e intervenciones en espacios comunitarios para hacer difusión de la ley, ya que “es muy frecuente que nos encontremos con personas que no conocen que tenemos ley o cómo se puede acceder”.

¹ Algunos grupos, como el precursor La Revuelta, de la provincia de Neuquén, ya realizaban acompañamientos de abortos desde el año 2010 y planteaban que la realización de abortos seguros no solo dependía de generar dispositivos que dieran información sobre el uso seguro de medicación inductora de abortos, sino también de contener a quienes quisieran abortar.

Como explica Nadia, esto no se trata solamente de reconocimiento, sino de mejorar la implementación del aborto legal: “A casi dos años de la aprobación de la ley son cuantiosas las deudas que hay en su aplicación efectiva. Conocemos demasiado las desigualdades que existen en el sistema de salud como para considerar que es tarea sencilla. Pienso que las organizaciones tenemos un rol muy importante cuidando la ley. Cuidarla es darla a conocer en cada rincón del país, hacerla valer para que nadie que solicite un aborto obtenga como respuesta una dilación, un trato indigno, una reprimenda, una ecografía violenta. Cuidarla para que haya presupuestos adecuados, se destierren las prácticas de legrado, seguir fortaleciendo la formación integral de las, los y les profesionales y trabajadores de la salud, y para que se generen los cambios curriculares necesarios en la formación académica. Es preciso cuidar la ley para que se den opciones a la hora de ofrecer el método para abortar. Extender Aspiración Manual Endouterina (AMEU) a todo el sistema de salud, incluido el primer nivel de atención, garantizar la provisión del combi pack mifepristona-misoprostol para que los abortos medicamentosos sean con mayor calidad, y la producción pública de mifepristona”.

A pesar de la clandestinidad en la que se forjaron y realizaron durante más de 10 años, las prácticas socorristas no solo eran bien conocidas dentro de los feminismos, sino también admiradas. La transformación del cantito durante las marchas, que pasó de “Aborto legal en el hospital” a “Aborto legal en cualquier lugar” —dado que los abortos acompañados por las socorristas ocurren o bien en los hogares, o bien en espacios comunitarios— es una muestra de ello. **La cristalización del trabajo socorrista en esta expresión no refleja solamente el reconocimiento de su existencia, sino también la producción de conocimiento en torno a la realización de abortos seguros.** Así, podemos pensar que la transformación del cantito no es solamente el reflejo de un momento, sino que, al darse en los mismos espacios en los que se reclamaba la sanción de la ley, propone la práctica socorrista como un escenario deseable aún en el marco de la legalización.

Hoy, con la ley aprobada, el trabajo está lejos de haberse terminado. Como afirma Nadia, el socorristismo sigue existiendo y cumple un rol central para garantizar el derecho al aborto: “Desde la Red reafirmamos que no somos un mientras tanto, el Socorro sigue existiendo porque acompaña las decisiones de abortar y porque toda ley marca sus fronteras y tiene márgenes. Además, nos dimos la inmensa tarea de difusión de los alcances de la ley, que no fue, ni es una política a nivel nacional. **También, es necesario controlar y monitorear el cumplimiento de las políticas**

alcanpúblicas, en un sistema de salud fragmentado, con dificultades estructurales y brechas en el acceso a servicios fundamentales. No solo porque cada provincia tiene un sistema propio, sino porque además existen brechas hacia adentro de cada uno de estos sub-sistemas, que dificultan el acceso, la calidad y la atención de los servicios, tanto en relación a los recursos financieros como humanos, y esto produce inequidades en el acceso frente a derechos conquistados”.

Finalmente, es importante destacar que, si bien no existieron estadísticas oficiales que den cuenta de los abortos realizados hasta la legalización, existieron otras formas de sistematización de datos. A partir de 2014, [las Socorristas en Red comenzaron a registrar su trabajo](#). Por un lado, narraron y publicaron sus experiencias de acompañamiento en blogs, y por otro, recabaron sus datos en planillas denominadas “protocolas”, que registraron aspectos socioeconómicos, educativos, antecedentes obstétricos y ginecológicos, además del seguimiento y control del proceso de aborto y post-aborto de quienes se acercaron a sus organizaciones. La generación de datos propios cuando no había posibilidad de producir estadísticas oficiales permitió no sólo insistir sobre el hecho de que la ilegalidad no impedía la realización de abortos, sino también que la medicación utilizada funcionó en la mayoría de los casos acompañados y que no causó complicaciones que requirieron de intervención médica. Además, las Socorristas en Red produjeron material educativo y de difusión sobre cómo realizar abortos de manera segura, escritos literarios y académicos, instancias de formación y capacitación en hospitales y espacios de formación docente, y armaron actividades callejeras para dar visibilidad pública al aborto.

La información proveniente de las “protocolas” no fue destinada a un archivo, sino que se usó para [disputar sentidos y saberes](#) sobre la práctica socorrista, el funcionamiento de la medicación y la cotidianeidad del aborto. [Durante 2015](#), las Socorristas en red acompañaron 953 de los 2894 abortos acompañados registrados, es decir, el 32.9%. [Datos más recientes](#), aportados por el Proyecto Mirar, consignan que el número de acompañamientos de salud comunitaria para apoyar procesos de autogestión de aborto fue 12.575 en 2019, 8.867 en 2020 y 9.172 en 2021, lo que señala que la cantidad de abortos hechos de este modo no solo fue significativa en un contexto de clandestinidad, sino que sigue siéndolo post-legalización. En la ley sancionada, sin embargo, la realización de abortos por fuera de las instituciones sanitarias aparece apenas sugerida en el artículo 5 cuando dice: “toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción del embarazo en los servicios del

sistema de salud o con su asistencia”. Al referirse a los efectores de los procedimientos de aborto, el texto usa constantemente las expresiones “sistema de salud” y “actividad médico-asistencial”, sin aclarar en ningún momento quiénes son los sujetos habilitados para brindar tal asistencia, lo que por otra parte es una estrategia para que las prácticas de aborto por fuera del sistema de salud no puedan ser denunciadas. En definitiva, en nuestra ley, el rol de las socorristas no tiene el reconocimiento debido pero sí la protección necesaria.

Para concluir, se puede afirmar que las redes socorristas han generado conocimiento práctico documentado y efectivo sobre cómo realizar abortos seguros por fuera del sistema hospitalario que fueron reconocidos y reclamados por los activistas y luego no se tuvieron en cuenta a la hora de institucionalizar la práctica. De esta forma, el conocimiento feminista generado para cubrir una responsabilidad del Estado incumplida por el mismo no se representa como un insumo de aprendizaje para las instituciones, sino como algo provisorio e improvisado hecho para cubrir una necesidad de forma frágil e inestable.

A DONDE VAMOS NO NECESITAMOS PERMISO: HACIA UN SISTEMA DE SALUD QUE RECONOZCA LOS ABORTOS AUTOGESTIONADOS

Aunque la OMS reconozca los abortos autogestivos como práctica segura, la práctica nos muestra no sólo que siguen ocurriendo barreras en la autogestión, sino que también existe una clara persecución judicial conservadora. Se ha conocido la [detención de cuatro socorristas](#) en la ciudad de Villa María, Córdoba, quienes fueron privadas de su libertad tras ser acusadas de “ejercicio ilegal de la medicina” bajo orden del Ministerio Público Fiscal cordobés y luego de numerosos allanamientos de casas particulares. Aún tras haberse puesto a disposición de la Justicia y pese a que el delito por el que se las persigue es excarcelable, las socorristas permanecieron detenidas bajo prisión preventiva varios días. A la luz de las normas procesales y los estándares internacionales aplicables, no existió ninguna razón jurídica que justificase haberlas mantenido privadas de su libertad. Nuestra nueva ley se ha corrido del paradigma de la criminalización, y prioriza que el acceso al

aborto y posaborto se encuentre garantizado, por lo tanto no criminaliza este tipo de prácticas.

El caso de Córdoba nos recuerda que, en adición a las trabas que imponen ciertos sectores conservadores, aún existen obstáculos de infraestructura y logística en el sistema de salud. Como se ha dicho a lo largo de este artículo, que el aborto sea legal no quiere decir que sea en todos casos accesible. Generalmente, la accesibilidad se equipara con la disponibilidad, pero esto es un error conceptual: que existan establecimientos de salud pública en áreas cercanas al hogar no garantiza que sean una opción viable para todas las personas que desean abortar. [Un estudio](#) que revisó bases de datos de numerosas investigaciones en inglés y francés acerca de por qué muchas personas eligen abortar en el sector informal, aún cuando el aborto es legal en sus países, identificó las razones principales de esta decisión:

- Preocupaciones acerca de la privacidad en establecimientos de salud. Quienes eligieron abortos en el sector informal reportaron sentir la necesidad de ocultar su interrupción del embarazo. Para ellas, el sistema hospitalario no era un lugar seguro en tanto las podían ver o sus datos quedan registrados de forma que resulta muy fácil identificarlas, lo que las expone a consecuencias como violencia familiar, ostracismo en sus comunidades o dejar de tener apoyo económico de parte de quienes repudiarían su elección. Que el aborto sea legal no quiere decir que sea ampliamente aceptado ni implica una desestigmatización automática.
- Falta de conocimiento sobre las leyes. Hay quienes aún no saben que el aborto se legalizó o creen que existen restricciones que no hay. En muchos casos, este desconocimiento incluso es explotado por personal de la salud que está en contra de la práctica para desalentar a quienes concurren a la consulta. Por último, la incapacidad o confusión acerca de cómo conducirse dentro del sistema formal se suma al desconocimiento sobre la legalidad.
- Redes de contención que recomiendan o facilitan abortos autogestionados. Las amistades son una fuente importante de información sobre métodos abortivos y muchas veces también están involucradas en el aborto mismo.
- Regulaciones que funcionan como barreras de acceso. La objeción de conciencia es un caso evidente, pero hay otros más oscuros y complejos. Por ejemplo, en casos de adolescentes que quedaron embarazadas de personas mayores de edad, el temor a que estas sean penalizadas las inclina a optar

por abortos autogestionados. Por supuesto, esto no quiere decir que el sexo con menores deba ser avalado por la ley ni mucho menos, o que los abortos autogestionados permiten el encubrimiento de la pedofilia, sino que estas situaciones existen, que son causal de elección de abortos por fuera del sistema de salud y que los abortos autogestionados constituyen un espacio no punitivo en el que las víctimas de abusos pueden encontrar contención y guía tanto para abortar como para informarse acerca de sus posibilidades para salir de esa situación.

- Temor a ser maltratadas por el personal médico. En muchos casos, la reticencia se genera a partir de experiencias pasadas propias o relatos de amigos o familiares sobre juicios, críticas, avergonzamiento o exposición que incluyen desde chismes sobre los pacientes entre los médicos hasta acusarlos de asesinato.
- Sentirse más cómodas y seguras efectuando el aborto de manera domiciliaria.
- Falta o posposición de turnos en el sistema hospitalario.
- Distancia y falta de transporte.

Legitimar las prácticas socorristas como parte de lo que consideramos el sistema sanitario no implica solamente reconocerlas como deseables y seguras, sino también su inclusión oficial a nivel legal y la implementación de políticas de articulación con los proveedores formales. En [esta investigación](#) al respecto se señala: “una posición consensuada podría ser la siguiente: todas las pruebas demuestran que, aunque las mujeres desean el apoyo y la atención de un profesional sanitario si lo necesitan y cuando lo necesiten, que es exactamente lo que los servicios públicos de salud deberían brindarles, también están dispuestas a autogestionar sus abortos con píldoras. Además, también están dispuestas a obtener las píldoras en una farmacia o a través de la telemedicina. Si las leyes, los políticos, el sistema sanitario y los profesionales médicos de alto nivel de cada país estuvieran dispuestos a hacerlo realidad, sería posible”.

El último punto resalta algo por demás interesante: los profesionales de la salud deben reclamar la inclusión del sector informal entre los proveedores formales. Si bien muchos trabajadores del sistema formal se movilizaron para lograr la legalización, esto quedó por lo general supeditado a su propia práctica: reclamar la legalización fue luchar para poder efectuar abortos en sus lugares de trabajo. En este con-

texto la idea de mejorar los servicios quedó restringida a la capacitación en uso de misoprostol y mifepristona, realización de AMEU y provisión de medicamentos e insumos. La intención de poder derivar pacientes al sector informal cuando se observa que sería una mejor opción para sus posibilidades y deseos o de recibir capacitación por parte de socorristas, tanto respecto a las formas de administración de los fármacos como de acompañamiento y monitoreo no es parte del ideario hegemónico de la accesibilidad o mejora de la atención. Esto es especialmente llamativo dado que antes de la legalización existieron [muchos casos de sinergia en los que las socorristas enseñaron a los médicos a usar misoprostol y mifepristona](#) y les derivaron casos cuando consideraron que se requería una intervención médica confiable. Sin embargo, el personal de salud no incluye entre sus reclamos colectivos la oficialización de estas articulaciones como algo que mejoraría su práctica y la atención en general. Si bien los beneficios del trabajo conjunto fueron mutuos, son solo las socorristas quienes efectúan estas demandas.

[Algunas acciones](#) que podrían llevar a cabo el personal médico e instituciones para promover prácticas y políticas necesarias para posibilitar el aborto farmacológico autogestionado son: colaborar con organizaciones comunitarias para informar sobre la posibilidad de dosis inadecuadas por cuestiones como mal envasado y almacenamiento, derivar pacientes a las redes socorristas cuando identifiquen alguna situación de las mencionadas anteriormente respecto a la reticencia a la asistencia médica, reforzar los vínculos con las redes socorristas para establecer confianza y generar derivaciones rápidas cuando se necesite atención médica, solicitar jornadas de capacitación a cargo de socorristas respecto al acompañamiento de los abortos, abogar por ampliar el alcance de la telemedicina para mejorar el acceso a información y medicamentos, habilitar la venta libre de fármacos abortivos y su entrega a domicilio, promover el registro de la mifepristona, actualizar las etiquetas de los medicamentos para proporcionar información comprensible sobre su uso y contraindicaciones. Como interlocutores extremadamente legitimados y dotados de autoridad, tanto los médicos como las instituciones, academias y otras organizaciones profesionales están muy bien posicionados para alentar estas reformas y generar [un sistema de salud que provea abortos centrados en los pacientes](#).

Aún así, la implementación y escucha de estas propuestas depende, en última instancia, de la voluntad de las autoridades de aplicación y por ello deben llevarse a cabo dentro de programas comprensivos que las articulen efectivamente. En rela-

ción a las políticas públicas de los organismos de salud en Argentina, este [Policy Brief](#) de Nayla Vacarezza destaca cuatro necesidades:

- Reducción de la disparidad geográfica en los servicios a través de grupos especiales que creen nuevos equipos de salud.
- Invertir en el bienestar de los profesionales que prestan servicios, especialmente teniendo en cuenta el desgaste mental, físico y emocional que conlleva la realización de abortos. Algunas formas de hacerlo son: jerarquizar las posiciones laborales, disminuir las horas de trabajo, ofrecer días libres.
- Aprovechar la legalización para crear modelos innovadores de atención, por ejemplo aprobando y distribuyendo mifepristona e incrementando la capacidad para ofrecer servicios de AMEU o incluyendo los saberes de las socorristas en el material informativo del Gobierno Nacional.
- Potenciar las sinergias entre el sistema de salud y las organizaciones feministas ofreciendo asistencia técnica a las socorristas que fortalezcan sus actividades y poniéndolas en contacto con profesionales de la salud para enriquecer las perspectivas médicas.

Para concluir, podemos afirmar que, aunque luego de la aprobación de la ley las manifestaciones masivas cesaron y la cobertura mediática casi que se extinguió, la implementación está lejos de ser perfecta y requiere intervenciones que, en última y primera instancia, dependen de que las socorristas, el personal de salud y la sociedad civil vuelvan a trabajar mancomunadamente. La legalización trajo tranquilidad. **Pero la tranquilidad está lejos de ser lo mismo que el apaciguamiento. Haber salido de la emergencia sanitaria es la condición de posibilidad de los planes a largo plazo. Los abortos tienen una cualidad temporal transversal —los hubo siempre y los habrá siempre— que les quita cualquier tipo de condición definitiva.**

EL AHORA ES NUESTRO, EL AQUÍ TAMBIÉN

En su libro *Jamás tan cerca*, Agustín Valle escribió: “En la introducción del libro, cité la hermosa consigna ‘el presente es feminista’. Tan superadora de la heredada ‘El presente es de lucha, el mañana es nuestro’. Porque si lo nuestro es el mañana, entonces, en el hoy, acaso nos permitamos implementar medios que no se parecen al mundo que queremos e incluso son lo contrario”. La retórica tan difundida de que

"la ley no es perfecta, pero es la posible", conlleva la idea de que el presente puede incluir elementos que están en contra de nuestros valores bajo figuras como que "las cosas no cambian de un día para el otro". Este tipo de declaraciones por parte de los políticos que son, al fin y al cabo, quienes negocian hasta dónde llegan nuestros consensos sobre el bien, suelen asociarse a fórmulas del "mal menor" que se critican con la intención de desenmascarar que en realidad estas "necesidades desagradables" mantienen las cosas como están o incluso las empeoran. Las críticas a nuestra ley de aborto, sin embargo, tienen una diferencia excepcional: son más bien la lucha por un "bien mejor". Un bien mejor que no cambia solamente las condiciones de atención en salud sexual y (no) reproductiva, sino que en forma de acción mancomunada descarta la tan bien publicitada esperanza, que siempre es patrimonio de un futuro incierto, para restaurar la dignidad, que es la posibilidad de habitar nuestro aquí y alegrar nuestro ahora.

En Ecofeminita trabajamos para aportar datos, estadísticas y contenidos académicos que den visibilidad y contribuyan a luchar contra las desigualdades de género.



**NUESTRO CONTENIDO ES GRATUITO E INDEPENDIENTE
GRACIAS A LES SOCIES DEL CLUB ECOFEMINITA.
¿TODAVÍA NO SOS PARTE?**

¡SUMATE ACÁ!



ECOFEMINITA.COM

