



**VIOLENCIA GINECOBSTÉTRICA: ABORTO EN EL SUBSISTEMA DE GESTIÓN
PRIVADA DE SALUD DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN.**

TESISTA: CECILIA OUSSET

ARGENTINA

DIRECTORA: Mag. MARIANA ROMERO

Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas

(PRIGEPP)

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

Septiembre de 2023

*Porque no puedo volver el tiempo atrás, irredenta, dedico esta tesis a todas las personas
sobre las que ejercí violencia ginecobstétrica.*

AGRADECIMIENTOS

Todo trabajo de investigación, por más pequeño que sea, siempre es un trabajo en equipo. Agradezco infinitamente a mi directora de tesis Mariana Romero, porque con amor y firmeza me alentó a seguir hasta cuando yo creía que no era posible. A mis compañerxs de PRIGEPP del Aula 5, porque abrimos juntxs los archivos, las ideas, los análisis, los ojos y el alma (Caro, Paulita, Mario, Naty, Poli, Sol y Rocío).

Mi especial reconocimiento a Victoria Demelquiore y Lourdes Fornés, las Licenciadas en trabajo social que colaboraron con la búsqueda y realización de las entrevistas. A Ayelén Goenaga, que me ayudó en la edición del trabajo. A todxs lxs profesionales de la salud que se animaron a responder y aportar sus vivencias, pensares y sentimientos.

Agradezco a mis perfectxs hijxs José Ignacio, Ernestina, Mariano y Anita, con los que transitamos violencias ginecobstétricas y no tuvieron, en ese momento, una madre preparada para exigir derechos. A mis amores Fede y Sarita. A mis hermanxs María José, Juan Pablo y Sebastián. A mi compañera de consultorio Sabrina. A mis amigas del Gen XX. Porque todxs ellxs soportaron llantos, duelos, cansancio, mal humor; pero me devolvieron siempre aliento y amor.

Por último, agradezco a todxs mis muertos en la pandemia de COVID-19, que coincidió con el cursado de esta maestría, y me ayudaron a entender que la vida es hoy y está para evolucionar y sumar: mamá, papá, Diego y colegas (ginecólogxs, anestesistas, cirujanxs y clínicxs). Ellxs siguen vivos en mí y en estas páginas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	9
3. ANTECEDENTES O ESTADO DE LA CUESTIÓN	12
3.1 Distintos sistemas de salud, distintas violencias	14
3.2 Las visiones de la ginecología y obstetricia sobre las mujeres	15
3.3 La situación normativa del aborto en Argentina	16
4. TIEMPOS VIOLENTOS	19
4.1 Definiendo la violencia ginecobstétrica en contexto de aborto	19
4.2 Medicina y género: violencia ginecobstétrica e institucional	25
5. CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO	27
6. HÁBITO MÉDICO AUTORITARIO Y CURRÍCULUM MÉDICO OCULTO	29
7. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	32
8. OBJETIVOS	33
8.1 Objetivo general	33
8.2 Objetivos específicos	33
9. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	34
10. RESULTADOS	38
10.1 Población estudiada	38
10.2 Sentimientos que genera la solicitud de IVE/ILE en lxs profesionales	39
10.3 “Yo sí lo hago, pero no quiero que me digan que lo hago, ¿me comprendés?”	43
10.4 “Siento que soy la abortera del pueblo, como antes era la de Villa Luján”	47

	5
10.5 Lxs profesionales de la salud y el término “violencia ginecobstétrica”	50
10.6 Violencia ginecobstétrica en contexto de aborto	52
10.7 Conocimiento de las Leyes IVE/ILE por parte del personal de salud	55
10.8 Fallas, aciertos e implementación de la Ley IVE	57
10.9 El temor a las represalias legales	59
11. REFLEXIONES FINALES	62
12. BIBLIOGRAFÍA	65
13. ANEXOS	72
13.1 Guía de entrevista semiestructurada	72

1. INTRODUCCIÓN

Esta tesis se enmarca dentro de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas Públicas que ofrece la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde su programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

Se aborda la violencia ginecobstétrica (VGO) entendida como:

(...) las **prácticas, conductas, acciones y omisiones**, que el **personal de salud** ejerce de manera directa e indirecta, en el ámbito público y privado, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Implica el reconocimiento de diversas situaciones de humillación, violencia y degradación que puede sufrir una mujer y supone también reclamar derechos que son contemplados tanto en la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres como así también en la Ley de parto respetado (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos [MJyDH], 2017).

En el presente estudio se comprende en el término de “mujeres” a todas las diversidades sexuales con capacidad de gestar, ya que todos son cuerpos susceptibles de sufrir dicha violencia. Por su parte, **el contexto de aborto** incluye la primera consulta, la ecografía confirmatoria de embarazo intrauterino y edad gestacional, la evacuación farmacológica o quirúrgica, el control posterior a la resolución/evacuación uterina y la anticoncepción; tanto en abortos espontáneos como en interrupciones de embarazo legales (ILE) y voluntarias (IVE).

Según el informe de la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2019), la violencia ginecobstétrica es una **forma de violencia de género**, ya que se encuentra sustentada en la continuidad de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, ejerciendo su influencia en las prácticas de atención sanitaria realizadas a las mujeres en su etapa reproductiva. Conlleva

además una deficiente apropiación subjetiva de la ciudadanía reproductiva, porque les cuesta a las víctimas definirse como tales y cuestionar a la autoridad médica o a las instituciones para denunciarlas como victimarias.

La VGO se debe seguir estudiando debido a que se encuentra institucionalizada, naturalizada y silenciada. Castro y Frías (2022), la entienden como una violación a los derechos humanos, resultante de la estructura de poder del campo médico y del “hábitus” médico autoritario (que incluye las profesiones de la salud que lo rodean). Además, está estrechamente ligada a la mala praxis médica. Sin embargo, su naturalización provoca que las víctimas no puedan cuestionarla en el momento en que está ocurriendo ni después, ya que como explica Canevari (2022), ocurre un fenómeno de pasividad que se entiende como violencia simbólica en el marco de subalternización de las mujeres en su vínculo con lxs profesionales de la salud. Si bien este fenómeno es más patente en el subsistema público, la asimetría de poder ocurre también en el privado, como veremos más adelante.

Este trabajo se llevó a cabo en la provincia de Tucumán, icónica por haber sido declarada “Cuna del niño por nacer” por la Legislatura en el año 2018 (Página 12, 2018). En este acto, se sancionó con fuerza de ordenanza, la defensoría y promoción de la vida desde la concepción hasta la muerte natural, implementando políticas públicas para defender la vida del ser humano por nacer en todos sus estadios y bajo cualquier circunstancia, vedando todo tipo de acción que tenga por objeto la interrupción de la gestación en el vientre materno, incluidos los fármacos. Por lo tanto, se desea exponer la territorialidad de una violencia de género que no solo es aceptada y naturalizada por la sociedad sino que además es ratificada por el Gobierno provincial, a pesar de las leyes vigentes.

Particularmente, Tucumán es la provincia donde una niña de once años (“**Lucía**”) fue retenida durante un mes en una habitación de un hospital público y obligada a gestar hasta las 24 semanas de edad gestacional, antes de realizarle la ILE por orden judicial. Es también

donde una joven fue a la cárcel durante dos años a causa de un aborto espontáneo ocurrido en el baño de un hospital (“**Belén**”) y donde persiste en la Corte Suprema de Justicia el caso “**María Magdalena**” (mujer sometida a un legrado sin anestesia y a la violación del secreto profesional por dos médicas en una guardia de un hospital).

Espinoza Reyes (2022) afirma que la pobreza, la raza, la clase social, la edad, el nivel educativo y el desconocimiento de los derechos reproductivos facilitan la VGO en las mujeres y disidencias. Sin embargo, personas que podrían considerarse más privilegiadas, también están sujetas a la violencia que conecta la ginecología con la maquinaria capitalista y el abandono del Estado de sus funciones sociales. Por lo tanto, las mujeres y disidencias con situaciones económicas privilegiadas o no, encuentran frecuentemente limitaciones para acceder a una atención adecuada en relación a sus expectativas y derechos. En este marco, podríamos afirmar entonces, que la VGO es exclusiva de género, y las interseccionalidades de vulnerabilidad solo contribuyen a su sufrimiento. La falta de recursos económicos o de acceso a la salud o a la justicia la empeoran, pero nada la inhibe.

En este caso, el trabajo se realizó en el subsistema privado de salud buscando explicar las causas y la perpetuación de la violencia ginecológica en contexto de aborto, como violencia de género, en un marco de territorialidad. Para ello, se debe considerar que no hay estadísticas sobre las creencias o experiencias en aborto por parte del personal de este ámbito, aunque a raíz del pluriempleo, es casi siempre el mismo personal que se desempeña también en el subsistema público y en la docencia universitaria de grado y de post grado.

Esta investigación cualitativa se realizó bajo un método descriptivo, con trabajo en terreno, y entrevistas semi estructuradas (ver Anexo 13.1) al personal de salud del subsistema privado que se desempeñaba en los dos sanatorios con mayor cantidad de tocoginecólogos y mayor número de nacimientos. Además, se entrevistaron también otros actores fuera de estas dos instituciones, pero siempre privadas y en la provincia de Tucumán; y a una sola actora

que ejercía por fuera de cualquier institución, asistiendo partos domiciliarios y abortos auto gestionados con medicamentos también en domicilio.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Con respecto a la temática de la violencia obstétrica en general (durante el embarazo, el parto y el puerperio de embarazos avanzados o de término), la sociedad y el personal de salud tienen una mayor claridad en cuanto a conceptos, derechos y obligaciones. De hecho, en Argentina, se sancionó la Ley Nacional N° 25.929 (2004) de Parto Humanizado. Sin embargo, en contexto de aborto, al combinar una prestación médica con las creencias morales y religiosas, los temores y las inseguridades personales de “dejar de pertenecer” a una clase médica determinada, se crea un conflicto de interés subjetivo que genera actos violentos del personal de salud sobre la persona gestante.

En este último caso, la usuaria que es violentada, sufre emociones aún más negativas que las recibidas en contexto de embarazo y de parto ya que a la soledad y al temor, se le agrega el estigma, y en consecuencia, el silencio. Zamberlin (2015), conceptualiza el estigma en el aborto como un atributo negativo de la mujer que busca terminar un embarazo, ya que la aleja del ideal social esperado para ella. Esto acarrea sentimientos de culpa y vergüenza. Es así que el temor a ver afectada su reputación, motiva el ocultamiento.

El estigma en la práctica del aborto también desprestigia, deslegitima y excluye a los proveedores de salud que lo practican, promoviendo situaciones de hostigamiento y violencia. Así, se genera un círculo vicioso que deslinda a lxs profesionales “respetables” del “trabajo sucio”. Por eso, muchxs optan por no involucrarse en la práctica del aborto, o si lo hacen, no lo comentan abiertamente en su entorno social y profesional.

La medicina occidental no es más que un sistema de creencias, meramente simbólico, destinado al disciplinamiento y a la naturalización de la violencia sobre los cuerpos, esta

última, amparada por el Estado e invisibilizada por las instituciones. En la actualidad, la autonomía médica entra cada vez más en tensión con la autonomía de las mujeres y disidencias sexuales, especialmente en la ginecología y más específicamente, en el aborto.

Para Petracci (2017), a pesar de los cambios producidos como consecuencia de la ampliación de derechos de las mujeres y los procesos tecnológicos y digitales, la persistencia de una relación médico-paciente asimétrica, con poder para uno y dominación y vergüenza para otro, es uno de los pilares en los que esta violencia se perpetúa.

Otro aspecto destacado para justificar la relevancia del problema planteado en esta investigación es que Tucumán fue la última provincia en adherir a la Ley Micaela N° 27499 (2019) que ordena la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública en todos sus niveles. Cuando esta provincia se adhirió, en el año 2020, lo hizo con la condición de que lxs encargadxs de la aplicación y control de la ley sean lxs titulares de cada Poder del Estado y no el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (Bermejo, 2020).

Incluso es la única provincia que continúa sin adherir a la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (Gramaglio, 2020) y a la Ley de Educación Sexual Integral (ESI), la cual se implementa de forma discrecional o casual en las escuelas. Esto se debe a las fuertes resistencias en los sectores conservadores y a la falta de voluntad política por parte del Estado para garantizar derechos a niñas, mujeres y diversidades (Moris, 2018).

En el año 2019, también en Tucumán, sucedió el caso “Lucía”: una niña de 11 años violada y embarazada por su abuelastro, donde todo el personal médico del subsistema de salud público se negó a realizarle una ILE y, en consecuencia, lxs dos médicxs del subsistema privado que finalmente la realizaron (convocados por el Ministerio de Salud de la provincia), fueron procesados por homicidio agravado; unx de ellxs es la autora del presente trabajo

(Pisarello, 2019). Un Estado que obliga a una niña a llevar adelante un embarazo forzado, es un Estado que confisca los cuerpos femeninos e infantiles, como objetos para actuar con la ideología machista, católica, patriarcal y sus caprichos” (Gramaglio, 2020, p.4).

Esta provincia también es internacionalmente conocida por el caso “Belén”, una joven que estuvo presa durante dos años a causa de un aborto espontáneo, ocurrido en el baño de una sala de internación de un hospital público (Riva, 2017). También, el caso María Magdalena, que continúa en juicio (ahora en la Corte Suprema de la Nación), víctima de un legrado sin anestesia y de la violación de secreto profesional en un hospital (Carbajal, 2021).

Todos estos son casos emblemáticos de violencia ginecobstétrica en contexto de aborto llevados a cabo en Tucumán con impacto en la justicia penal y en la prensa nacional e internacional por sus componentes aberrantes e inverosímiles. Para Soares Ferreira (2022), la violencia obstétrica puede ser perpetuada porque es socialmente autorizada, amparada por las relaciones de poder y dominación. Así, se conjugan problematizaciones de género, sexualidad, raza/etnia, y clase basadas en el concepto de interseccionalidad.

Particularmente, trabajar sobre la población del subsector privado donde se presentan menores factores de pobreza, de acceso a la información, a la justicia, la salud o la escolaridad; tuvo el objeto de denudar causas más profundas de esta práctica naturalizada, a fin de intentar comprender las razones de su existencia y perpetuación en un país con leyes que aparentemente quedan en enunciaciones sin poder ser llevadas a la práctica en su totalidad.

La posibilidad de explorar las opiniones del personal de salud privado y conocer qué lxs sostiene en la violencia ginecobstétrica (aunque no la perciban como tal) en contexto de aborto, podría ser esclarecedor para comenzar a reflexionar a partir de sus inquietudes, temores y sentires; y así, denudando, tal vez, hasta lo que ellxs mismos desconocen.

3. ANTECEDENTES O ESTADO DE LA CUESTIÓN

La bibliografía sobre violencia obstétrica en contexto de aborto es escasa. El punto de partida para la construcción del estado del arte apunta a distinguir la producción académica sobre violencia obstétrica en general respecto de la producción sobre violencia obstétrica en contexto de aborto en particular, con especificidad en la provincia de Tucumán.

Con relación a la producción académica sobre violencia obstétrica en general, según Tobasía-Hege et al. (2019), quienes realizaron un metaanálisis sobre irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina sugieren que estos son problemas prevalentes en la atención institucional. Más de un tercio de las mujeres entrevistadas informaron haber sufrido alguna forma de irrespeto o maltrato o estar descontentas con la atención recibida; y otras reportaron alguna forma de abuso físico o verbal, discriminación, o incumplimiento de las normas profesionales de la atención. En este metaanálisis, a pesar de lo interesante del número de casos, no se puede distinguir la violencia en los distintos eventos obstétricos, (parto o aborto). Por otro lado, muestra la dificultad para medir la interseccionalidad y las variables.

Por su parte, Madeiro (2017) realizó un estudio en un hospital público de Brasil con 78 mujeres entrevistadas en un año y medio, sometidas a legrado uterino post aborto inducido. Una de cada tres manifestó violencia obstétrica por parte del personal de salud. Las expresiones fueron: violencia verbal, larga espera en soledad para la realización de la práctica médica, juzgamiento moral, etc. Este artículo finaliza mostrando la urgencia en la creación de leyes para impedir este flagelo y el pedido de legalización del aborto. En nuestro país, a pesar de haber transcurrido 100 años desde la regulación de la ILE y casi tres de la IVE, la violencia obstétrica en contexto de aborto continúa siendo moneda corriente (Cascardo et al., 2021).

En Guadalajara, México, Contreras Tinoco (2018) analizó experiencias de violencia

obstétrica ocurridas durante la atención de abortos en el sistema público de salud, y luego interpretó cómo estas experiencias llevaron a las mujeres a planificar partos en servicios privados en el siguiente embarazo. Este estudio es uno de los pocos que indica o sugiere la posibilidad de menor violencia en el sistema privado de salud que en el público.

Velho Barreta (2018) evaluó los retrasos en el acceso a cuidados médicos para complicaciones relacionadas con el aborto (en su mayoría inseguros). La media de tiempo que les llevaba llegar al servicio de salud definitivo era de 36 horas. Más de un cuarto de las mujeres informaron haber tenido dificultades para ser admitidas en un hospital, incluyendo largas esperas sólo siendo atendidas después de la atención de las embarazadas. Casi todas las mujeres (90%) llegaron en buenas condiciones a la solución quirúrgica, pero aquellas con retrasos más largos llegaron a tener complicaciones (leves o graves).

En el caso de la violencia obstétrica (VO) se impone el dolor físico o psíquico como una forma de aniquilación, y se reduce el sujeto de la mujer a objeto, dominando su cuerpo sexual y social. Le Breton (2013, como se citó en Soarres Ferreira, 2022) indica que el poder de un hombre o de un Estado se mide por el dolor que puede prodigar sin que se vea amenazado por sus víctimas o el alcance de la ley. Este dolor, en algunos casos tortura, al someter a la víctima sin matarla; deja en su memoria la cicatriz del abuso y el destino que le espera en caso de reincidencia. El arte de hacer sufrir, supone una administración de la violencia al punto que puede ser negada por el Estado y la población. Por lo tanto, es una violencia más refinada, con un castigo menos corporal y más existencial, que imparte dolor suspendiendo u otorgando derechos humanos según el parecer del personal de salud.

Cascardo et al. (2021), integrantes de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, publicaron un estudio cuali-cuantitativo de la Zona Oeste de Buenos Aires y la provincia de Mendoza, buscando identificar violencias en el acceso a la ILE. En función a lo reportado, encontraron que un cuarto de las mujeres sufren violencia, luego del

acompañamiento amoroso de la Red, cuando llegan con una complicación a la guardia de un Hospital Público. Las autoras concluyen en la urgente necesidad de formar y capacitar a los efectores de salud, alcanzando a médicxs, trabajadores sociales, personal administrativo, de imagenología y psicólogxs; especialmente en el segundo nivel de atención.

Una cuestión fundamental es la existencia de una situación indiscutible dentro de la interseccionalidad de la persona gestante y es la territorial. De acuerdo con la Agencia de Prensa Alternativa (2017, como se cita en Gramaglio, 2020):

las tucumanas pagan con sus cuerpos y proyectos de vida la falta de políticas públicas que garanticen la vigencia efectiva de los derechos sexuales y reproductivos. Tucumán tiene una de las tasas más alta del país de embarazo adolescente; el 17,8% de los embarazos son de menores de 19 años. El promedio nacional es del 15% aproximadamente (p.3).

3.1 Distintos sistemas de salud, distintas violencias

En Argentina, el sistema de salud de atención médica está disponible tanto a través del subsistema de salud público como el privado. Estos dos subsistemas tienen algunas diferencias en términos de acceso, calidad y costos.

El subsistema de salud público es gratuito y accesible para todxs lxs ciudadanxs, y sostenido por los impuestos de las personas residentes en la República Argentina. Tiene diferentes niveles de atención, desde el primer nivel (atención primaria de la salud) al tercero (con diagnósticos y tratamientos de alta complejidad).

El subsistema de salud privado implica costos, ya sea directos (del peculio de lxs usarixs sin mediadores), o a través de seguros médicos (obras sociales y prepagas). Lxs usarixs de este subsistema suelen tener una mayor capacidad para elegir a sus médicxs o especialistas que lxs acompañan durante sus procesos de salud o enfermedad.

Ambos subsistemas tienen ventajas y desventajas, y la elección entre ellos puede depender tanto de las necesidades, accesibilidades y posibilidades financieras de los individuos como del deseo de los mismos. Así, por ejemplo, el acceso de una persona con obra social o prepaga al sistema público también es posible; ya que cuenta con un sistema de “autogestión” donde las prácticas médicas y las internaciones son facturadas por el Estado a los seguros médicos privados.

En cuanto al personal de salud, cabe destacar que por razones generalmente económicas, deben recurrir al “pluriempleo”, formando parte de ambos subsistemas con guardias o consultorios. Por lo tanto, es muy común que el mismo personal de salud del privado se encuentre en el sector público.

Cascardo et al. (2021) estudió el acceso al aborto en el sistema público, donde concluye que la persona con capacidad de gestar es acompañada de manera amorosa en su decisión de interrumpir el embarazo por la Red de Profesionales en el primer nivel de atención y la violencia es sufrida en un cuarto de los casos del total de usuarias en el segundo nivel de atención, es decir, en la guardia del hospital. En el subsistema de salud privado, en cambio, la violencia es ejercida en el primer nivel de atención.

En observaciones personales, la persona gestante con obra social o prepaga que decide la IVE o ILE, acude al consultorio privado de su ginecóloga u obstetra de cabecera y se encuentra con la violencia verbal, la obstaculización, o la negativa de la práctica. También es frecuente que en su primera ecografía el/la profesional la felicite por su embarazo y si ella expresa su deseo de interrupción o su malestar, solicitando una referencia para la IVE, recibe una lección de catecismo o de moral y es despedida del consultorio de manera humillante.

3.2 Las visiones de la ginecología y obstetricia sobre las mujeres

Lxs ginecólogos y obstetras son médicos especializados en la salud reproductiva y

genital de la mujer, pero se enfocan en diferentes etapas del proceso reproductivo femenino. *Lxs ginecólogxs* se especializan en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema reproductivo femenino fuera del embarazo. Estudian mujeres en edad reproductiva y también en climaterio. Un ginecólogx también puede tratar eventos oncológicos, hormonales y los relacionados con la fertilidad. También están capacitadxs para acompañar y tratar los problemas asociados con los embarazos hasta el primer trimestre de la gestación.

En cambio, *lxs obstetras* se enfocan en la atención médica de la persona con capacidad de gestar durante el embarazo, el parto y el postparto. Conocen la ciencia y el arte para manejar todas las complicaciones alrededor del embarazo. Éstos emplean técnicas de monitoreo de desarrollo fetal y responden a emergencias relacionadas con la gestación.

En resumen, lxs ginecólogxs se enfocan en la salud femenina en general y en todas las etapas de la vida de las personas con capacidad de gestar, mientras que lxs obstetras se enfocan en la salud femenina durante el período del embarazo, el parto y el puerperio exclusivamente. Muchxs médicxs son tanto ginecólogxs como obstetras y proporcionan atención en ambas áreas, a estos especialistas se los llama "*tocoginecólogxs*".

Para Perl (2021), tanto ginecólogxs como obstetras ejercen mecanismos violentos de disciplinamiento social en los cuerpos de las mujeres, cuya sexualidad y fecundidad deben ser controladas, operando como grandes reguladores de la maternidad y de la vida. Esta intervención cuenta con una legitimización social, que implica la reducción de las mujeres a un rol social de madres y su sexualidad a las funciones exclusivas de procreación.

3.3 La situación normativa del aborto en Argentina

Las causales de Interrupción Legal del Embarazo (**ILE**) estaban definidas en el Código Penal Argentino de 1921 en el Artículo 86, donde se indicaba que el aborto era no

punible en dos supuestos: si existía un peligro para la vida o la salud de la madre o si el embarazo provenía de una violación o de un atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente. De hecho, la interpretación de estas causales era de absoluta restricción hasta que a mediados del 2000 algunos casos se judicializaron, aunque no siempre con una resolución favorable para la mujer (Gebruers, 2016).

En diciembre de 2009, la madre de una adolescente, que había sido violada por su padrastro quedando embarazada, radicó una denuncia y recurrió a la justicia para la realización del aborto legal en un hospital público de la Provincia de Chubut. La institución, a su vez, solicitó la autorización judicial, siendo negado su derecho al aborto (porque la adolescente no tenía discapacidad mental) y esta decisión fue sostenida en los juzgados de primera y segunda instancia. La madre apeló y la causa fue elevada a la Corte Suprema de Justicia Provincial, que finalmente ordenó la interrupción del embarazo.

Sin embargo, al mismo tiempo que se realizaba el aborto, la defensora de menores apeló la medida y así el caso llegó a la Corte Suprema de Justicia de la Nación. La Suprema Corte no solo ratificó la sentencia, sino que clarificó las diferentes interpretaciones, determinando que los abortos son no punibles tanto para la gestante como para el médico que lo realice si es por una causal de violación (sin importar el estado de salud mental de la víctima). También exhortó a las provincias a hacer protocolos de atención de esta práctica médica para remover todas las barreras administrativas o fácticas ya sea en casos de violación o de peligro para la salud o la vida de la persona gestante. La ILE no tiene límite establecido de edad gestacional para realizarla. Este fallo resultó un punto de inflexión en el acceso al aborto legal dentro de las normativas hasta entonces vigentes (Gebruers, 2016).

El proyecto de IVE fue presentado siete veces en doce años ante el Congreso Nacional, pero recién en el 2018 fue la primera vez que llegó a la Cámara de Diputados y luego al Senado de la Nación. Luego de un intenso debate donde participó una enorme

cantidad de representantes de la sociedad civil y científica argentina, se consiguió media sanción en Diputados el 14 de junio. Sin embargo, no obtuvo los votos suficientes en la Cámara de Senadores en el mes de agosto y fue rechazado. Aunque no se hubo un triunfo legislativo, sí se logró el social, ya que el aborto dejó de ser tabú gracias a la cooperación y escucha entre legisladorxs, organizaciones de la sociedad civil, y militancias nuevas e históricas que se unieron en las calles (REDAAS, 2018).

Finalmente, en diciembre del año 2020, luego de una intensa movilización del movimiento de mujeres en las calles, las redes y los medios de comunicación, el Congreso de la Nación sancionó la Ley 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la atención post aborto. Dicha ley es de orden público, de aplicación obligatoria en todo el país y rige para los distintos subsectores del sistema de salud. Además, fija un plazo máximo de diez días entre la solicitud y el acceso, y establece que las prácticas deben seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales se plasman en los Protocolos del Ministerio de Salud de la Nación (Isla, 2022).

La ley establece un sistema mixto: legalización de la IVE por plazo hasta la semana 14 de gestación inclusive e ILE por causales: riesgo para la salud de la madre o violación. Para la IVE sólo se requiere la solicitud expresa de la persona gestante y la firma del consentimiento informado donde conste su decisión, sin necesidad de exponer ninguna razón o causal al personal de salud. La ley expresa que se deben garantizar también los controles post aborto, la atención derivada de las complicaciones si las hubiera, y el acceso a la anticoncepción posterior.

La ley también regula la objeción de conciencia que sólo puede ser de índole personal y fija las obligaciones. El personal objetor de conciencia tiene la obligación de brindar información no sesgada y derivar de buena fe y en forma inmediata a la gestante a personal de salud que preste el servicio. Finalmente, no se puede invocar objeción si se trata de

atención post aborto.

4. TIEMPOS VIOLENTOS

4.1 Definiendo la violencia ginecobstétrica en contexto de aborto

Como señala Castro y Erviti (2014), la definición o construcción teórica que se haga de violencia obstétrica es fundamental para el diseño de las políticas públicas, a fin de que resulten efectivas para su puesta en marcha. Las conceptualizaciones de violencia obstétrica fueron extensamente estudiadas por Righetti y Di Marco en el año 2022. Cabe destacar que no hay una sola definición y algunos países ni siquiera la tienen en cuenta.

Fue Venezuela el primer país que la introdujo en su legislación en el año 2007 y la siguieron otros de Latinoamérica, como Argentina. En países que se consideran desarrollados (como los Estados Unidos de Norteamérica), la violencia obstétrica continúa siendo nombrada como “maltrato” o “destrato” y no como lo que es: una violación a los derechos humanos y en algunos casos, tortura. Righetti y Di Marco (2022) realizaron una búsqueda científica extensa de la definición con cinco enfoques analíticos: las tipologías, el enfoque legal, el de las ciencias sociales, el enfoque de las mujeres y finalmente, el de lxs profesionales de la salud.

Para la búsqueda exploratoria de datos, lxs autorxs tuvieron en cuenta los buscadores médicos de alcance mundial como Pubmed, Scopus, y otras de Latinoamérica como Scielo, BVS y CINHALL. Un dato enorme es que no existe un descriptor (MESH o DECS) específico para designar la violencia obstétrica, lo que indica que esta forma de violencia aún no es objeto de estudio en el campo biomédico internacional. Entonces, tuvieron que utilizar palabras como *violence against women, human rights, abuse and disrespect, mistreatment, gender-base violence, women rights*, entre otras.

Con las palabras *obstetrics violence* se recopilaron trabajos minoritarios y sólo en

América Latina, con distintos enfoques y sin importar sus perspectivas, indican que es en esta región donde se ha instalado progresivamente y se continúa profundizando, especialmente en las ciencias sociales.

Definición con enfoque legal: En las definiciones de VO que se desprenden de las legislaciones argentinas y venezolanas, se concluye que es la violencia de género ejercida por los/las profesionales de la salud y resulta en la pérdida de autonomía y la capacidad de decidir libremente de las mujeres sobre sus cuerpos y sus procesos reproductivos. A su vez, se basa en los ejes del trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales (Righetti y Di Marco, 2022).

En esta definición queda incluido el aborto, visto como derecho a decidir libremente sobre el cuerpo acerca de un proceso reproductivo.

Vacaflor (2016, como se citó en Righetti y Di Marco, 2022), explica que en este contexto normativo, considerado como un problema de salud pública, se internaliza el derecho internacional de los derechos humanos y garantiza la igualdad tanto para el hombre como para la mujer en los servicios de salud, denunciando estereotipos de género cimentados en una cultura que atenta contra la autonomía de las mujeres y el reconocimiento de su acción como agentes capaces de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos. Es decir, el “punto de vista legal” aborda los desafíos sociales que subyacen a la problemática y lo consideran una forma de mala praxis médica.

Definición con enfoque en las ciencias sociales y humanas: Si bien la bibliografía se centra en el embarazo y el parto, se pueden realizar algunas modificaciones a las definiciones, trasladando lo básico del concepto de las ciencias sociales al aborto. Como por ejemplo, la definición de Chadwick (2017, como se citó en Righetti y Di Marco, 2022), quien considera que “el parto.... [*Los eventos reproductivos o no reproductivos*] son eventos socioculturales, discursivos y políticos en el que colisionan múltiples formas de poder”.

La violencia ginecobstétrica es una forma de violencia contra la mujer que ha recibido menos atención que otras violencias por la naturalización de la práctica médica como práctica social y vehículo de un saber técnico que no es neutral. Castro y Erviti (2014), refieren que se fundamenta en la dominación simbólica masculina y en la sumisión femenina, en una estructura de poder reproducida por la biomedicina.

No es lógico pensar que esta violencia se reproduzca solo por medio de la fuerza, sino por el contrario, se reproduce por mecanismos refinados, discretos y naturalizados por profesionales, mujeres, instituciones y gobiernos. Para Castrillo (2016, como se citó en Righetti y Di Marco, 2022), el ejercicio de la práctica médica se desarrolla en medio de relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías y supone a las mujeres como sujetos subalternados y pasivos, dando el contexto propicio para la aparición de la violencia en contexto de aborto.

Si para Shabot (2016, como se citó en Righetti y Di Marco, 2022)), la violencia obstétrica, en contexto de parto y puerperio, tiene la función de “domesticar los cuerpos, volverlos femeninos nuevamente”, dado que su comportamiento durante el parto es concebido como amenazante de los poderes hegemónicos del patriarcado y la antítesis del mito de femineidad. Esta situación se multiplica exponencialmente en el contexto de aborto, donde la mujer directamente decide no pasar por la maternidad y exige la atención médica que le corresponde por ley. Es, para la medicina contemporánea, occidental y patriarcal, escandaloso e insoportable.

En conclusión, el enfoque de las ciencias sociales define a la violencia obstétrica como una forma explícita de violencia de género que involucra la vulneración de los derechos humanos, no concibiéndola de ninguna manera como un problema de calidad de atención de los servicios de salud, sino como de subordinación y disciplinamiento de los cuerpos femeninos por parte del poder médico hegemónico occidental. Mediante este mecanismo y

las experiencias vividas, las mujeres (y disidencias con capacidad de gestar), experimentan la humillación basada en el género, perpetuando la violencia y disciplinamiento de los cuerpos; generando una visión negativa de sí mismas si no cumplen con lo impuesto.

Asimismo, para Chadwick (2017), la violencia obstétrica es dinámica y permite actos de resistencia de las mujeres al poder y la coerción, por lo que se generaría una distancia con el concepto estático de mujer pasiva-víctima. Ejemplo de esto es el nacimiento de la corriente “Marea Roja” que nace para visibilizar y concientizar sobre la violencia ginecobstétrica (TÉLAM, 2023).

Definición con enfoque en las tipologías: Se centra en la clasificación de los distintos tipos de violencia obstétrica, dejando de lado las causas. Para este apartado, se aborda la definición del estudio “Violencias en el acceso al aborto” de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir de Zona Oeste de PBA y Mendoza (Cascardo, 2021). Aquí se definen los cuatro tipos de VGO en contexto de aborto, los cuales refieren al tratamiento médico, maltrato psicológico, obstaculización en el acceso y maltrato físico.

Con respecto al **tratamiento médico** se incluyen las vulneraciones específicas al tratamiento, sea en lo referido a la falta de anestesia o analgesia, la elección inadecuada de evacuación uterina según protocolo, o la insuficiente o mala indicación de medicamentos, tendiente a una falla del aborto medicamentoso domiciliario. Otra expresión de violencia es la falta de posibilidad de elección de evacuación uterina, muchas veces por la cobertura de la obra social o prepaga y los convenios que estas tienen con lxs prestadorxs (por ejemplo, solo es gratuito el acceso a IVE medicamentosa).

Cuando se refieren a **maltrato psicológico**, se habla de las acciones que causan un daño emocional a la persona que desea acceder a un aborto y pretenden coaccionar a la gestante a no realizar la práctica. Se incluyen, por lo tanto, los comentarios disciplinadores, culpabilizadores, malos tratos, revictimización y coacciones que podrían entenderse como

tortura (por ejemplo, obligarlas a ver imágenes ecográficas o escuchar latidos del producto de la gestación).

El maltrato psicológico funciona de manera mecánica en el personal de salud, como una forma de disciplinar, buscando culpabilizar la elección de la que interrumpe un embarazo, y haciéndola responsable absoluta de todas las probables complicaciones presentes o futuras, físicas o mentales. Estas agresiones verbales ocurren con frecuencia delante de otras usuarias o personal de salud. El maltrato psicológico incluye la violación del secreto profesional con familiares u otras personas y es un delito grave penado por ley.

La **obstaculización en el acceso** son todas las barreras por las que pasa la gestante, que ya tomó la decisión de abortar, hasta que logra acceder al tratamiento medicamentoso o aspirativo. Estas obstaculizaciones pueden ser burocráticas, geográficas, generadas por la solicitud de estudios innecesarios, judicializaciones, denuncias, elevaciones a comité de ética, negación a brindar información o consejerías que intentan demorar o cambiar la decisión ya tomada por la persona.

El **maltrato físico** incluye todas las acciones infringidas sobre el cuerpo de la persona gestante, produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo, o cualquier otra forma que afecte su integridad física. Aquí se incluyen, por ejemplo, acciones innecesarias como ataduras a la cama, ayunos prolongados con postergaciones de la cirugía porque “no son urgencias” (incluso pasarlas de un día para el otro sin comer), o acciones de negligencia (como demoras en la atención ante situaciones de urgencia como el sangrado profuso o las infecciones).

Este maltrato incluye las largas horas sangrando en la sala de espera mientras pasan a la atención mujeres con embarazos avanzados que llegaron más tarde a la guardia, pero que se encuentran en otra “categoría moral” y son atendidas antes. Este fenómeno sucede tanto en los casos de abortos espontáneos, ILE e IVE o aún ante un sangrado con “sospecha” de

aborto. No son inusuales los casos en las que las usuarias se descompensan e ingresan a la sala de cirugía en estado grave a causa de la espera en la misma institución.

A partir del reporte de mujeres asistidas en el consultorio, la forma más frecuente de obstaculización en la provincia de Tucumán es el abuso de la figura de la “objeción de conciencia” profesional, sin derivación posterior. Este fenómeno ocurre especialmente en el subsector privado de salud ya que no existen nodos de consejería o de salud sexual y reproductiva bien diferenciados como en el subsistema público. Producto de estas barreras se inicia un tortuoso camino para la mujer por varias instituciones y profesionales, hasta que consigue la interrupción del embarazo.

Enfoque en la percepción de las mujeres: Si bien este enfoque, según Righetti y Di Marco (2022), trata sobre la percepción de las personas gestantes en contexto de parto y puerperio, puede trasladarse al contexto de aborto. Desde esta perspectiva, se tematiza la naturalización por parte de las mujeres en lo que se ha dado a llamar “violencia consensuada” que no es otra cosa que el fenómeno de traslado de la violencia que las mujeres viven en la sociedad a las salas de ginecología y obstetricia de una manera sistematizada y silenciada. Es decir, se replican y naturalizan las formas de violencia contra la mujer que se viven en el contexto social con un matiz más perverso.

En contexto de parto, las mujeres reconocen experiencias de maltrato pero no las formulan en términos negativos, sino que se limitan a buena o mala atención, como si la efectividad de las prácticas médicas estuvieran por encima del desatendimiento de los aspectos humanos o espirituales (Castro y Savage, 2019, como se citó en Righetti y Di Marco, 2022).

Enfoque de la percepción de lxs profesionales de la salud: En este enfoque se destaca la resistencia del poder médico hegemónico en torno al debate sobre la violencia ginecobstétrica, mostrando una enorme heterogeneidad de conceptualizaciones dentro del

propio campo médico y una inexistencia de uniformidad ideológica y práctica. Palharini (2017, como se citó en Righetti y Di Marco, 2022) señala la actitud defensiva del discurso médico hegemónico frente a lo que considera una acusación injustificada. Algunas sociedades de profesionales invierten la actitud de víctimas y se refieren a “violencia contra el obstetra”, responsabilizando a las instituciones del fenómeno por no dar las condiciones laborales propicias.

En el marco normativo de los derechos, algunxs profesionales pueden aceptar desde lo discursivo la responsabilidad de la violencia, pero no la judicialización de la práctica médica. Por su parte, Pozzio (2016 como se citó en Righetti y Di Marco, 2022) destaca un proceso de feminización de la VGO, donde cada vez son más las mujeres que ejercen este tipo de violencia. Tanto profesionales como pacientes mujeres fueron históricamente sometidas a la violencia de género, sin embargo, existen dos tipos de profesionales médicas: las que (a pesar de haber sido maltratadas), se identifican con el dispositivo de poder médico hegemónico, y las que logran operar un cambio de este dispositivo resistiendo a la violencia de manera individual desde su accionar profesional.

4.2 Medicina y género: violencia ginecobstétrica e institucional

Como este trabajo se enfoca en abortos (generalmente del primer trimestre de edad gestacional) y el sentipensar de lxs profesionales de la salud, lo que se ha dado en llamar violencia obstétrica (VO) en la bibliografía en general, en esta tesis es llamada **violencia ginecobstétrica (VGO)**, ya que todo el personal de salud que rodea a ambas especialidades (ginecología y obstetricia), como ecografistas, administrativxs, enfermerxs, parterxs, etc. siguen las directrices del mundo médico gineco- obstétrico o tocoginecológico a la hora de la atención de la persona que cursa o desea un aborto.

Cárdenas Castro, Salinero Rates y García Núñez (2020) llevaron adelante un estudio en España, donde la mitad de las mujeres decía haber sufrido abusos o malos tratos en un control ginecológico alguna vez en su vida: infantilización, cuestionamiento de sus decisiones sobre su cuerpo y sexualidad, negación de información por parte del equipo médico (falta de información respecto de los procedimientos a realizar y de por qué es necesario hacerlos), realización de procedimientos invasivos sin la adecuada preparación o que se tornan intencionalmente dolorosos (incluyendo la exploración brusca y exigencia de no realizar expresiones de dolor).

Visto de este modo, lxs ginecólogxs que acompañan los controles de salud femeninos a lo largo de toda la vida “preparan el campo” para la violencia obstétrica durante el embarazo de manera subrepticia, invisible, que hace que las usuarias naturalicen las acciones de abuso y maltrato físico y verbal y luego no sepan o no puedan utilizar las herramientas para su defensa a pesar de las leyes vigentes (que dejan de ser sustantivas para ser solo enunciativas) con respecto a sus decisiones reproductivas y no reproductivas.

Por otro lado, resulta imposible separar la ginecología y la obstetricia de la violencia de las instituciones donde estxs profesionales actúan, ya que los hospitales y clínicas privadas también ocultan, sistematizan y naturalizan la VGO, adueñándose de los cuerpos de las personas con capacidad de gestar desde que ingresan al nosocomio para realizarles estudios, imponerles reglas, engorrosos trámites administrativos, trabas, obstaculizaciones, y sobre todo, cuánto tiempo se **merecen de espera** para la atención cuando ingresan con un sangrado anormal del primer trimestre de gestación en una guardia, o cuando sospechan una interrupción voluntaria, arrasando no solo con los saberes, los planes, la dignidad y la salud de las gestantes sino también con las leyes nacionales.

En contexto de parto y puerperio, es común que lxs profesionales de la salud argumenten un modo de trabajar, intervenir o pensar, rodeando de un halo científicista a las

violencias tales como los excesos de medicalización, la posición para parir, las episiotomías preventivas o las cesáreas innecesarias. En cambio, en la VGO en contexto de aborto, lxs profesionales no tienen manera de excusarse ante las prácticas rudas o los malos tratos, ya que no pueden albergarse en el criterio médico biologicista, y apelan entonces a violencias no visibles, que tienen su razón de ser en la sutileza de su ejercicio en la intimidad del consultorio, como los discursos sobre la moral, el juramento hipocrático, la objeción de conciencia; descargando en la usuaria una serie de prejuicios y abusos que hacen que la misma se sienta de alguna manera en falta, agregando el pánico y la humillación al pesar que ya llevan consigo.

Estas prácticas frecuentes que constituyen a todas luces VGO, no son subjetivadas como tales (Castrillo, 2016) porque no son nombradas ni se viven así por víctimas ni victimarios al no poder advertirse una apropiación de estos derechos. Por supuesto que esto no significa que las mujeres tengan responsabilidad alguna por la violencia que sufren, sino que lleva a pensar en la urgente necesidad de la visibilización de la “pedagogía de la crueldad” en las usuarias (Segato, 2019).

5. CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO

El contexto social y político no puede ser más propicio para pensar, reflexionar, investigar y devolver en conclusiones, trabajos y observaciones al personal de salud y a la población en general, una temática tan sensible y compleja como la VGO en contexto de aborto. A pesar de las leyes vigentes en nuestro país (no solo las que tratan contra la violencia sobre la mujer sino también la Ley de IVE), existe una tensión entre la norma (las leyes), y la apropiación subjetiva de los derechos por parte de las personas.

En julio de 2022, como una iniciativa autoconvocada de un grupo de mujeres comprometidas para visibilizar la violencia obstétrica a favor de los derechos sexuales

reproductivos y no reproductivos, surge un grupo de alcance nacional llamado **Marea Roja** que toma como insignia un pañuelo de color rojo, como significado de la sangre femenina que está presente generalmente en la violencia ginecobstétrica, a la que consideran la última violencia culturalmente aceptada.

La Marea Roja tiene como objetivo visibilizar la VGO para que las personas gestantes conozcan sus derechos y eventualmente puedan denunciar los abusos, malos tratos y todo lo que vaya en contra de las leyes vigentes en el país sobre los derechos sexuales y reproductivos. Esta organización presentó un proyecto de ley en la Cámara de Diputados de la Nación, en la que solicita (homologando a la Ley Micaela) una formación obligatoria de todo el personal de salud en los parámetros de la Ley de Parto humanizado (Ley 25.929) y la Ley IVE (27.610).

Según Perl (2021), las explicaciones de lxs ginecólogxs sobre la VGO es una exageración por parte de las usuarias, organizaciones y grupos de mujeres que definen como “violentas” prácticas médicas necesarias para la atención segura de los embarazos, partos y puerperios. En contexto de aborto, lxs médicxs sienten que es injusto que “encima que hacen algo que no les gusta” sean juzgados por sus formas de atención.

Como se mencionó anteriormente, Soarres Ferreira (2022) señala que se puede homologar la tortura con la VGO en contexto de aborto reduciendo a la mujer a un objeto, dominando su cuerpo sexual y social. Aquí se pone de manifiesto el poder médico que prodiga dolor sin verse siquiera amenazado en su accionar porque existen leyes ocultas propias que accionan por fuera del Código Penal y no es alcanzado por el castigo. Este es el ejemplo diario más palpable del avezado arte de hacer sufrir, donde la violencia refinada (Le Breton, 2013, como se citó en Soarres Ferreira, 2022), supone tal administración de la misma, que puede ser negada por el Estado y la población. Es la violencia existencial, que imparte dolor suspendiendo derechos humanos según el parecer del personal de salud.

6. HÁBITO MÉDICO AUTORITARIO Y CURRÍCULUM MÉDICO OCULTO

Para Segato (2011), la violencia obstétrica pasó de ser vivencial, personal, directa, sin designación; a la posibilidad de ser nombrada y registrada en el ámbito jurídico como una forma de sufrimiento humano con nombre específico. Podemos ver que existe un hábito médico autoritario natural que se desarrolla sin más en los servicios de salud, sin importar que el personal de salud tenga la intención o no de actuar de mala fe. La conformidad con que se recibe este fenómeno, es un enorme dato social que pone de manifiesto la injusticia y la violencia simbólica que se vive en la salud de las mujeres (Castro y Erviti, 2014).

Para Canevari (2022), el ascenso y la hegemonía médica deben su eficacia a su alianza con el Estado en el proceso de expansión del capitalismo, por lo que es lógico que la autonomía médica entre, cada vez más, en tensión con la autonomía de las mujeres; en un momento histórico donde las mujeres y disidencias sexuales hacen oír su voz tomando masivamente las calles y denunciando las desigualdades. En el caso del aborto, los cuerpos gestantes que ya pueden interrumpir el embarazo en domicilio con medicamentos, sacando de escena al médico y tomando posesión de sus cuerpos y de sus decisiones, parecieran estar ejerciendo prácticamente un acto sacrílego.

La medicina moderna es mucho más que curar una enfermedad. Es un sistema de creencias, un sistema simbólico, que toma de manera monopólica la forma correcta de vivir y reproducirse. Se supone que la VGO es la punta de un iceberg, es lo que se “ve”. Lo invisible es mucho peor: la violencia simbólica, de género y el disciplinamiento de los cuerpos, avalado por un Estado que lo permite y lo silencia. Por lo tanto, podemos hablar de una violencia estructural, cuya erradicación no se reduce a “sensibilizar” al personal de salud que atiende mujeres en una sala de maternidad, aunque puede ser un inicio.

Para Espinoza Reyes (2022), existe un estrecho vínculo entre la medicina occidental hegemónica y la cultura misógina que se gesta en lxs médicxs desde la residencia. Entonces,

la VGO es la parte visible de un cimiento de violencia estructural y cultural que la legitima o la justifica en la sociedad. Es decir, la cultura genera la violencia ginecobstétrica que se manifiesta en los consultorios y en las instituciones. Para el poder médico hegemónico, el cuerpo femenino es débil y debe estar sujeto a la voluntad médica occidental. Se trata de una lucha de poder y saber que induce al miedo, la pasividad y la desconfianza.

En la idea cristiana de que la mujer se redime en la abnegación conyugal y en la gestación (sea esta forzada o no), subyace la especialidad de la obstetricia, independientemente de las creencias religiosas de los efectores de salud, porque la Iglesia ha formado parte directa o indirecta en su formación científica de manera subrepticia pero histórica.

En promedio, lxs residentes de Tocoginecología tienen entre veinticuatro y treinta años de edad y se encuentran en formación de pregrado como estudiante de medicina desde la adolescencia (diecisiete-dieciocho años). Para cuando terminan la Residencia, han pasado media vida en su hogar y la otra media en la facultad y en el hospital. En esta última media vida absorben un hábito médico autoritario, violento y cuasi militar hasta que salen al mundo laboral.

Castro y Erviti (2014) refieren al currículum oculto dentro de la formación médica que luego se transforma en una violencia naturalizada. Este currículum oculto se mueve en tres dimensiones para transformar al médico en una persona autoritaria:

- 1) El castigo corporal: Guardias extras, más horas sin dormir, más pacientes para atender, golpes con pinzas en los dedos durante las cirugías, etc.
- 2) La interiorización de las jerarquías: que se hacen presentes desde la vida de estudiantes, por ejemplo, con lxs ayudantes de cátedra y profesores pero más palpables aún son en las residencias y pasantías. El residente de primer año es el que más sufre los castigos corporales y las humillaciones, mientras que el de cuarto año tiene casi la jerarquía de un jefe de

guardia. Es un régimen verticalista.

- 3) El disciplinamiento de género: Existe un maltrato permanente, especialmente verbal, desde la facultad hasta la residencia de las estudiantes y médicas mujeres buscando su expulsión. Sin embargo, numéricamente, estas superan a los varones y asisten al fenómeno de la feminización de la medicina. Esta feminización no hizo que disminuya la violencia ginecobstétrica y menos todavía en contexto de aborto porque la medicina no tiene género, es un constructo social patriarcal abusivo de poder donde las mujeres abusan de mujeres con la negación de su propio género para poder pertenecer al corpus médico hegemónico.

Se podría agregar a las tres dimensiones descritas, el abuso psicológico que se imparte durante la formación para decir lo que está bien y lo que está mal, lo que no se puede hacer o decir para seguir perteneciendo al corpus médico, donde se culpa a lxs médicxs de menor jerarquía sobre los eventos o complicaciones de lxs pacientes, al punto de llevarlos al límite de lo tolerable, asistiendo a eventos de estrés, depresión, y angustia de estxs jóvenes.

En el juramento hipocrático que se realiza al terminar la carrera de medicina, y que se cree que es del siglo IV a.C, se repite este dogma como una religión:

(...)tener absoluto respeto por la vida humana desde el instante de la concepción. No utilizar, ni aún bajo amenazas, los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad. Si cumplieréis íntegramente con este Juramento, que podáis gozar de vuestra vida y de vuestro arte y disfrutar de perenne estima entre los hombres. Si lo quebrantáis, que vuestra conciencia y el honor de la profesión médica en la que acabáis de ingresar os lo demanden. (Facultad de Medicina, s.f.)

Es un juramento que continúa vigente a pesar de los cambios históricos y sociales, que nació en connivencia de la Iglesia con el Estado para dominar los cuerpos femeninos con fines económicos y de subordinación poblacional, y que persiste a través de lxs médicxs que lo repiten como excusa para no acompañar a las personas con capacidad de gestar en sus

decisiones no reproductivas.

7. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El problema de investigación surge de interrogantes derivados de mi experiencia profesional. No solamente porque fui una de las médicas acusada de homicidio agravado durante dos años hasta mi absolución por haber sido partícipe de la ILE en el “Caso Lucía”, sino también por un interés personal por revertir (o en su defecto disminuir o denudar) las situaciones de violencia ginecobstétrica hacia las usuarias de los servicios de salud y comprender una práctica naturalizada en un contexto determinado, como el del aborto. A partir de la indagación a uno de los actores sociales involucrados (médicxs y personal de salud del subsector privado) en una provincia, como Tucumán, donde realizar y acompañar abortos como médicx es, además de estigmatizante, peligroso.

¿Qué sentimientos o experiencias mueven a lxs médicxs y al resto del personal de salud a ejercer violencia sobre las usuarias? ¿Son conscientes o no de esta violencia, del daño que generan y de las implicancias éticas y legales? ¿La objeción de conciencia como generalidad y no como excepción, es realmente por la creencia religiosa dominante en el territorio? ¿Hay un conocimiento de las leyes y lxs profesionales se rigen por ellas?

Distintos estudios han relevado las experiencias de las personas con capacidad de gestar durante el embarazo, parto y puerperio que permite construir un conocimiento relevante para proponer acciones dirigidas a la población general. Al mismo tiempo, son escasos los relevamientos con el personal de salud, lo que pone de manifiesto la falta de voz de lxs profesionales para pensar en estrategias adecuadas que tengan en cuenta su sentipensar.

El presente trabajo se centra en la violencia ginecobstétrica, como violencia de género, en contexto de aborto, estudiando al personal del subsistema de salud privado de la provincia de Tucumán. A lo largo de la investigación, se busca identificar los factores que

determinan el ejercicio de esta violencia, en este subgrupo, en este territorio; con el objeto de marcar posibles rumbos para iniciar su erradicación, con el convencimiento de que no se puede actuar sobre lo que no se conoce en profundidad.

8. OBJETIVOS

8.1 Objetivo general

Identificar y comprender los factores que posibilitan las instancias de violencia ginecobstétrica por parte de lxs profesionales que ejercen en el ámbito privado de la salud en la atención de abortos (ILE, IVE y abortos espontáneos), en el contexto de consejería, evacuación uterina y control posterior en la ciudad de San Miguel de Tucumán.

8.2 Objetivos específicos

1. Explorar si lxs profesionales de la salud conocen el término violencia ginecobstétrica, si reconocen haberla ejercido o ejercerla en la actualidad.
2. Examinar si el personal de salud reconoce que hay prácticas naturalizadas que son consideradas violentas bajo el marco normativo vigente y otros estándares internacionales.
3. Analizar los factores reportados por lxs profesionales de la salud que dan origen a prácticas violentas en contexto de IVE, ILE y aborto espontáneo
4. Indagar las opiniones del personal de Salud sobre las leyes vigentes de IVE e ILE que protegen y garantizan derechos de las usuarias de los servicios y cuál es su implementación real.

9. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Este estudio apeló al fortalecimiento del rol de los actores sociales no solo en la producción histórico-social sino en la construcción de conocimiento (Bloj, 2010). En Tucumán, con el enfoque territorial se intentó recuperar las categorías de los sujetos, sus prácticas y representaciones. La experiencia de la tesista en las ciencias médicas (con trabajos positivistas o neopositivistas), la puso por primera vez frente a la reivindicación de la subjetividad como investigadora frente a actores sociales, situación que resultó un inmenso desafío. La idea fue problematizar satisfactoriamente la relación investigadora/informantes.

La intención inicial fue realizar un estudio exploratorio cualitativo con trabajo en terreno, en un lapso de tres meses, en tres sanatorios del subsector privado, con actores que cumplían funciones tanto en el sector público como privado de la provincia de Tucumán; con el objetivo de explorar la definición de violencia ginecobstétrica según sus propias experiencias a la luz de lxs profesionales actuantes y del sector social atendido. Sin embargo, se intentó durante seis meses obtener la autorización institucional de los sanatorios privados para realizar las entrevistas al personal de salud sobre VGO en contexto de aborto. Durante ese tiempo, las autoridades gerenciales de las instituciones pusieron distintos obstáculos y solicitudes que no condujeron a la autorización solicitada.

Finalmente, las autoridades de solo uno de ellos, luego de aprobar el proyecto de investigación, colaboraron con los contactos y apoyaron la realización de las entrevistas para conocer el accionar y el sentipensar de sus propixs trabajadorxs. Se entendió que el acceso se vio facilitado luego de conocer el ascenso de las denuncias a la justicia a causa de VGO por parte de las mujeres en la región, y quisieron saber cómo prevenirlas por el coste económico que eso supondría a la institución.

Las gerencias de los otros dos sanatorios se negaron después de meses de insistencia a través de solicitudes presenciales, correos electrónicos, llamadas telefónicas y mensajes de

texto. Una de las instituciones dio su negativa de apoyo explícito al trabajo de investigación a través del jefe de sala de partos, pero expresó verbalmente que podía realizar las entrevistas individuales sin la anuencia institucional ya que en la práctica, cada médica ejercía su actividad libremente sin la supervisión sanatorial. La otra institución, a través de un trabajador médico de mandos medios, hizo llegar el mensaje de forma oral de que los dueños no querían tocar esa temática, ya que estaban en tratativas de pasar de una “empresa familiar a una empresa corporativa” y consideraban que aceptar, de alguna manera, que en ese sanatorio se ejercía violencia, vería amenazado dicho objetivo.

En consecuencia, las entrevistas se realizaron a dieciocho trabajadorxs de la salud de dos sanatorios (uno con anuencia y otro sin anuencia institucional), con el consentimiento informado individual de cada trabajadorx. Catorce entrevistas fueron de manera presencial y las otras cuatro en forma remota - con cámara encendida-, grabadas en ambas modalidades, para asegurar el registro riguroso de la información y su posterior tratamiento. Solo una entrevista presencial no se grabó, por negativa del entrevistado, pero se tomaron notas. Se aseguró el anonimato de las personas, otorgando la opción de presentarse con un alias que pudo ser elegido por lxs entrevistadxs o asignado por la entrevistadora. Finalizado el estudio, la investigadora se comprometió a la destrucción material de los audios obtenidos, con el fin de resguardar la identidad de cada persona entrevistada.

Al inicio de cada entrevista se leyó el consentimiento, el propósito y objetivos de la investigación y las razones que motivaron la realización del trabajo, con el propósito de dar el encuadre a la charla. Se pudo obviar, en la mayoría de los casos, el nombre de la tesista (para que puedan expresarse en la conversación de manera imparcial, sin sentirse evaluados) sin obviar el título, la temática (violencia ginecobstétrica en contexto de aborto) ni el lugar de la presentación del estudio (FLACSO). Además, se aclaró que podían no responder a alguna pregunta o decidir abandonar la entrevista en cualquier momento si algo incomodaba o si así

lo preferían.

En su mayoría, las entrevistas fueron realizadas por dos licenciadas en trabajo social, ya que al ser una ciudad tan pequeña, lxs entrevistadxs conocerían las opiniones de la tesista. De esta manera, se trató de disminuir el sesgo en la investigación y mejorar las condiciones. Sin embargo, tres entrevistas tuvieron que ser realizadas por la tesista ya que lxs trabajadores de la salud se negaron a que las licenciadas se las realicen. Estas entrevistadoras mantuvieron consultas diarias con la tesista y la directora de tesis de manera remota y presencial durante todo el proceso.

A lo largo del trabajo, nos contactamos con sesenta trabajadores de la salud, siempre primero por WhatsApp, y algunos en múltiples oportunidades. De ellxs, quince trabajadores se negaron a participar por diversas razones (“no soy buena para eso”, “no puedo en este momento”, “estoy en un funeral”, etc.). Veinticuatro profesionales no respondieron a pesar de los intentos de contacto por mensajes y llamadas telefónicas. Tres accedieron, se comprometieron, pero cancelaron a última hora. Como resultado, se lograron dieciocho entrevistas efectivas.

Estas negativas y dificultades para conseguir las entrevistas no son un dato menor a la hora de abordar la temática del aborto voluntario y el rol del personal de salud. Esto fue tomado en la investigación como un dato crucial, mostrando que la temática del aborto, a pesar de la legislación, continúa siendo un tema que incomoda y está rodeado de tabúes.

Los números de teléfono utilizados para la recolección de lxs entrevistadxs fueron extraídos de las listas de médicos y médicas pegadas en la pared de la sala de partos para emergencias de uno de los sanatorios. Los otros contactos, los consiguió la tesista o el jefe de sala de partos de la institución que decidió colaborar activamente en la investigación por distintos medios y a través de lxs colegas. La participación del personal de salud fue voluntaria, tanto en el sanatorio que dio la autorización institucional como en el que

fundamentó que la participación dependía de cada profesional.

La investigación social nace de un problema y desencadena otros y a lo largo de la misma asume riesgos, exige compromisos y nos sitúa frente a situaciones que requieren una mayor flexibilidad en otros campos (Bloj, 2010). Tucumán es una provincia muy hostil para tratar el tema del aborto, por lo que el trabajo de campo resultó más difícil de lo esperado; no solo para conseguir la anuencia institucional, sino para acceder a las entrevistas y después de conseguidas, para disminuir el temor de lxs entrevistadxs a hablar y a confiar en el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Fue una investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa, por el trabajo de campo y la producción de conocimiento, accediendo a las opiniones y sentires invisibilizados e íntimos, que generalmente solo se expresan entre colegas y a veces ni siquiera en ese ámbito. La técnica de relevamiento fue la entrevista semiestructurada, con una guía de pautas, fijando la atención en los relatos y en las opiniones de los sujetos; asumiendo un perfil inductivo, un carácter dialoguista y un matiz descriptivo; tal como asume Taylor y Bodgan (1996, como se citó en Bloj, 2010).

También se tuvieron en cuenta los resguardos éticos con entrevistas intencionadas para lograr los objetivos del trabajo y se propuso obtener la aprobación de un comité de ética, pero ninguno de los sanatorios contaba con uno. La tesista se comunicó con tutoría PRIGGEP de FLACSO acerca de este problema y se dio el visto bueno para continuar con el trabajo.

El trabajo de campo –a partir de los referentes empíricos– fue finalmente realizado en un periodo de cuatro meses dentro del primer semestre del año 2023. La guía de entrevista semiestructurada tuvo cuatro partes claramente diferenciadas:

- La primera, con los datos del entrevistadx, el encuadre, profesión, años de ejercicio, y si realizaba o no actividades docentes.
- La segunda, indagó en la atención, el sentipensar y el proceder de la/el profesional

con respecto a las personas que solicitaban ILE o IVE en su guardia o consultorio,. Se pidieron detalles de su accionar y también datos sobre su relación emocional actual con lxs colegas que acompañaban o no estos procedimientos médicos.

- La tercera parte estuvo dirigida exclusivamente a la VGO: si conocía el término, cuáles creían que eran sus manifestaciones y si había presenciado o creía haber ejercido alguna vez este trato con alguna usuaria.
- En la cuarta y última parte, se propuso investigar el grado de conocimiento del personal de salud de la Ley IVE, a más de dos años de su sanción, y si su accionar en la práctica diaria tenía que ver con dicha ley. También se les preguntó si vislumbraban alguna solución a la problemática de violencia (en caso que la aceptara como tal).

10. RESULTADOS

10.1 Población estudiada

La población total sobre la que se realizó el estudio a partir de una entrevista semiestructurada fue de dieciocho participantes: doce de sexo femenino, cinco de sexo masculino y unx autopercebidx como no binario.

Todas las personas eran trabajadores de la salud, divididos de la siguiente manera: doce médicxs, cuatro obstétricxs y dos universitarixs de las ciencias sociales que realizaban consejería y acompañamientos en casos de IVE/ILE. La media de tiempo de ejercicio profesional de lxs entrevistadxs fue de quince años.

Todas las personas se desempeñaban en consultorio privado y solo tres no necesitaban de la práctica sanatorial por su rol no quirúrgico dentro de la atención y acompañamiento a IVE/ILE. El resto dividía sus prácticas en los dos sanatorios con mayor afluencia de gestantes de San Miguel de Tucumán. Hubo una sola entrevistada que ejercía la obstetricia por fuera de las instituciones, acompañando IVE e ILE autogestionadas con medicamentos y partos

vaginales domiciliarios. De lxs entrevistadxs, trece tenían pluriempleo, con tareas repartidas tanto en el subsistema de salud público como en el privado.

Solo una persona dijo que nunca tuvo contacto con alguien que le solicitara IVE/ILE ya que era anestesista y los casos los llevaban lxs médicxs tocoginecólogxs. El resto de las personas tuvo múltiples solicitudes de IVE/ILE en su práctica diaria. Ejercían la docencia diez profesionales, ya sea en los últimos años de la carrera de medicina, obstetricia, o en la residencia de tocoginecología; llevando esta actividad en la universidad pública, privada y/o en las prácticas obligatorias en las salas de parto del hospital público. De estos, seis se declararon objetores de conciencia para las prácticas de IVE/ILE.

Del total de la muestra, nueve se declararon “provida” y objetores de conciencia y lxs otrxs nueve, no objetores. Sin embargo, de los no objetores, solo cuatro personas eran médicxs con posibilidad de resolver complicaciones de abortos autogestionados en domicilio, realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o ILE del segundo trimestre. El resto fueron ecografistas, anestesiólogxs o profesionales de las ciencias sociales, es decir, no implicados cabalmente con la práctica quirúrgica.

10.2 Sentimientos que genera la solicitud de IVE/ILE en lxs profesionales

Las solicitudes de interrupción voluntaria o legal del embarazo no ocurren a viva voz o en un pasillo del sanatorio. Ocurren en la intimidad de la consulta. De acuerdo con la muestra estudiada, cuando una persona embarazada solicitaba una IVE o ILE en los consultorios particulares o en las guardias, lxs que se declararon objetores de conciencia, expresaron que sentían incomodidad, bronca, falta de educación en métodos anticonceptivos. También, se sintieron ofendidos porque fueron a pedirles “la interrupción de una vida”.

Otrxs dos objetores contestaron “no siento nada” o “no importa lo que siento”, negando tal vez que la interacción con otro ser humano lleva indefectiblemente a un sentir y a

un pensar para una actuación posterior consciente. Otra posibilidad es que no quisieran contestar o ahondar en la respuesta.

Los sentimientos de rabia o frustración por la falta de educación en los métodos anticonceptivos fueron de quienes aseguraron que están al alcance de todxs y el sistema funciona “perfectamente”. Los hombres responsables de las gestaciones no fueron nombrados por lxs entrevistadxs objetores en ningún caso. La “bronca” estaba dirigida exclusivamente hacia las personas que solicitaban el aborto por las fallas o ausencia de uso de los métodos anticonceptivos disponibles en el mercado.

Unx de los participantes del personal de obstetricia explicó:

Bueno, como yo no estoy a favor de la... la voluntaria, digamos, nosotras tenemos acá muchos métodos anticonceptivos, hasta el implante, el DIU, pastillas, inyecciones, se les explica todos los métodos, se les explica todas las formas de cuidarse, para no pasar por esto, ¿no? Es como que bueno, si encima llega a esa situación... no sé si es enojo la palabra... o frustración lo que yo siento. Con la legal tampoco estoy de acuerdo, llevo tantos años en esto y ahora hay que adaptarse a las nuevas leyes... habiendo tantos métodos.

Cuatro de los nueve participantes que se declararon objetores aseguraron que las mujeres utilizan el aborto legal, seguro y gratuito como un método anticonceptivo, abusando del Estado, de los recursos económicos y humanos. De esta manera, un médico tocoginecólogo afirmó:

Me genera incomodidad. Obviamente hay casos y casos particulares, no siempre es lo mismo. Una cosa es la paciente que no sé, digamos, se estaba cuidando con anticonceptivos y por algún error de método se embarazó, pero ella se estaba cuidando, su objetivo no era embarazarse, y tiene una mala condición social, económica, lo que sea. Y otra son las pacientes que saben que se pueden embarazar,

pero no les importa, total usan el misoprostol gratis. Eso me genera mucho malestar, digamos. Pero en general la situación igual es incómoda.

Otro profesional objetor dijo sentir “según el caso” y diferenció que no es lo mismo una mujer con cinco hijos que una adolescente que no usó un método anticonceptivo. Igual, derivaba todas las situaciones y refirió que lo único que no quería era ser otra “barrera” para la decisión de la gestante. También una persona objetora de obstetricia expresó con total naturalidad su esfuerzo por hacerle cambiar de parecer a la gestante en el momento de la solicitud expresando lo siguiente:

Yo soy objetor. Yo pregunto si está segura, trato de re direccionar a otro lado, trato de convencer de continuar el embarazo, uno puede hacer una pequeña presión psicológica, es tanta la vulnerabilidad en ese momento, que después le puede hacer mal la IVE (...).

Esta persona sentía, aparentemente, que hacía algo bueno por la gestante, desconociendo su ejercicio de violencia psicológica. También confundía el término “objetor” de conciencia con “obstaculizador” de un derecho adquirido.

Otra entrevistada, calificada en este estudio como “no objetora” porque acompañaba y realizaba IVE e ILE del segundo trimestre, refirió que su sentir fue cambiando a lo largo de su carrera con ayuda psicológica, lo que le permitió modificar conceptos y estructuras. Esta médica tocoginecóloga se considera a sí misma “medio objetora”:

En cuanto a lo que siento, es muy amplio. Vos tenés que pensar que nosotros hemos sido instruidos para averiguar si es provocado, si no es provocado, y por qué lo ha hecho, ¿me entendés?... hemos tenido que romper con esas estructuras y armar... para algunos es más fácil y para otros no, yo creo que estamos en vías de reconstrucción. No me genera lo mismo cuando es un embarazo incompatible con la vida que cuando es compatible. En las 11-12 semanas, tengo un dilema. No lo manifiesto, pero sí lo

siento. Acompaño a mis pacientes, a las nuevas, las derivo. Entiendo el proceso por el que pasan, pero cargo con eso yo también... Para mí es una distopía, porque vengo de un concepto de atender a la mujer y el nacimiento como uno de los procesos más importantes de su vida y el aborto es lo contrario para mí.

Por otro lado, los ocho “no objetores” restantes, manifestaron una movilización inmensa, pena, empatía, interpelación, por las distintas historias de las personas gestantes. Solo una sintió, además, pena “por el ser humano que va a morir”.

Una consejera IVE/ILE expresó:

Hay un montón de veces en que las historias que te cuentan te interpelan. Hay historias que te conmueven más que otras aunque no sean tan fuertes. Por eso, hay veces que es necesario poner cierta distancia para seguir objetiva. También, o sea, al aborto tomándolo como un proceso social o cultural... antes se consideraba como lo más terrible que te podía pasar en la vida, hoy no. Es decir, en lo que te cuentan, en la historia, hay cosas mucho más desgarradoras que la IVE en sí. Entonces, en la consejería te dicen “capaz que me debería sentir peor por esto” y ahí te das cuenta que el aborto es una construcción social atravesada por la moral, porque les da vergüenza sentir alivio y no culpa.

Una persona no objetora explicó que se “le volvió muy cotidiano” y que esto era necesario para poner cierta distancia y seguir ayudando a que se garantice el acceso a la IVE, aunque las historias de algunas gestantes la seguían movilizando profundamente.

El análisis de esta primera parte de la entrevista muestra cómo es el accionar del personal de la salud según centre su empatía o prioridad en la gestante o en el embrión respectivamente. Los sentimientos que el pedido de IVE/ILE les genere son fundamentales a la hora de acompañar o no acompañar las interrupciones. Por otro lado, sería interesante poder desenlazar el verdadero trasfondo de la objeción de conciencia que aparentemente no

sería religioso, ético ni moral, sino disciplinador del género femenino, y utilizado para seguir perteneciendo a la corporación médica.

10.3 “Yo sí lo hago, pero no quiero que me digan que lo hago, ¿me comprendés?”

Ante la pregunta de cómo era el proceder en ambos sanatorios con respecto a la IVE/ILE, las respuestas fueron variadas ya que no existen los protocolos de atención institucionales, y la temática del aborto es algo de lo que no se puede hablar abiertamente en esos ámbitos. Es el verdadero tabú de la práctica tocoginecológica privada a pesar de una regulación de la ILE de más de cien años y de una de IVE de dos años de implementación.

Diez entrevistadxs consideraron que si se conoce que se realizan IVE/ILE en un sanatorio, éste disminuye su nivel o su estatus para la población tucumana. Un sanatorio debe ser para la sociedad y puertas afuera “provida”, aunque se realicen evacuaciones uterinas de las personas gestantes en quirófano y con diagnósticos falsos (embarazo anembrionado, feto muerto y retenido, embarazo detenido). Unx entrevistadx del personal obstétrico indicó:

Bueno, en el sanatorio nos manejamos en un ambiente donde se vive del boca en boca... A ver, yo que trabajo con médicos que se mueven con el jet set tucumano, no es lo mismo decir que vino un médico de súper renombre que trabaja en post de defender la vida, bla, bla, bla, que otro que la está entrando por otro lado.

En el mismo sentido, un médico tocoginecólogo detalló:

Y las instituciones donde se realizan son en los consultorios...afuera...a cargo de...Bueno, una lista de profesionales que lo hagan no hay, digamos, porque ahí yo sí creo que hay una “dualidá” (dualidad). Una dualidá donde vos decís yo sí lo hago pero no quiero que digan que lo hago, ¿me comprendés? Porque yo creo que incide mucho lo que la gente dice, y si el médico hace abiertamente interrupciones, la gente no le va a ir.

De las dieciocho personas entrevistadas, sólo dos dijeron que en el sanatorio donde trabajaban no se hacían IVE/ILE, que “no son médicos que hagan IVE” o “no hacen IVE”. Otros cuatro entrevistadxs contestaron que no sabían y cuatro entrevistadxs refirieron acompañar IVE/ILE autogestionadas con medicamentos y si había una complicación post aborto, las derivaban al sanatorio para la atención en la guardia. Lxs ocho restantes, trabajadores de ambos sanatorios, hicieron referencia a los diagnósticos cambiados para hacer evacuaciones uterinas en quirófano, y a la imposibilidad de ingresar una persona gestante al sanatorio con la verdadera causal.

Una médica tocoginecóloga explicó que:

En el privado todo es más chiquito, como más acotado. Una las puede acompañar en forma ambulatoria, pero cuando es para la internación, es muy complejo, porque las instituciones privadas se dicen “objektoras de conciencia” aunque no lo pueden ser... Pero sí lo son. Entonces, yo no puedo ingresar a un sanatorio y poner como motivo de consulta “IVE”, y además, las pacientes tampoco quieren... no quieren aparecer en las historias clínicas sistematizadas y digitalizadas. Es más, muchas optan por la parte privada y no quieren que aparezca ese dato ni en la obra social. Bueno, nosotras hablamos mucho de registro, también para poder llegar a la concreción de la ley... Y bueno, ahí también quedan muchos datos de gente que no quiere y tiene que ver con su privacidad también.

De la misma manera, otra médica tocoginecóloga detallaba que:

En el público, viene una paciente para ILE, no estoy de acuerdo, pero se la acompaña y todo bien, pero tenés que estar al cien por ciento. En el privado, podés decir soy objetora y derivarla, no te involucrás. En el público no tengo elección, en el privado tengo más libertad de elegir si soy objetor de conciencia.

Esta persona desconocía evidentemente que lo que estaba diciendo y haciendo era ilegal, dado que el artículo 10 de la Ley 27.610 de acceso a la Interrupción Voluntaria del

Embarazo indica que:

El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio de la misma, deberá: a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión.

Aquí se puede observar el abuso de la figura de “objeción de conciencia” según el caso o el ámbito donde lxs profesionales se desempeñan y la falta de supervisión por parte del Estado y las instituciones privadas. Esta situación previa, reportada de manera natural, fue una queja constante de lxs entrevistadxs no médicos con respecto al accionar médico en general, es decir, esta especie de “objeción de conciencia variable” según el lugar donde se desempeñen. Por ejemplo, a la inversa, hubo manifestaciones que sugerían que cuando había una compensación económica privada, lxs médicxs sí realizaban la IVE. En cambio, por el sueldo del hospital público, no. Como menciona unx entrevistadx del personal de obstetricia:

Son médicos que hacen una cosa en el público y otra en el privado. Alta careta puesta tienen. A ver, lo practicás, lo practicás. Tenés una ley que te avala, te da una espalda, no estás haciendo nada malo. ¿Pero por qué en el público no hacen nada, y dicen que son provida, y en el privado están a dos manos con cuchara?

En el mismo sentido, otrx agregaba:

En el Privado, eeh, está camuflado. Nos suena el teléfono, llámese el personal, el de sala de partos o donde sea que nos encuentre: -Mirá, va a ir una paciente que está con un embarazo detenido, internala, ponele una vía, que yo ya tengo todo listo para una AMEU en quirófano. No pidamos eco, no pidamos nada, no pregunten nada. Indicaciones exclusivas por teléfono.

Incluso un anestesista mencionó que:

Si en la institución privada se realiza, el equipo médico desconoce, porque entra como

un procedimiento programado, ¿sí? Desconocemos. Y el sanatorio tampoco se va a enterar. Es algo que se arregla entre la paciente y el médico a cargo en el consultorio, a nosotros no nos va a llegar ningún tipo de información.

En estos caso relatados por lxs entrevistadxs asistimos a una “**clandestinidad segura**”, donde a la persona gestante se le garantiza el aborto en buenas condiciones sanitarias, pero por fuera de las estadísticas y con un trato diferencial según la posibilidad económica o social de la usuaria. El silencio, conservar el estatus médico y social, agilizar o saltar trámites administrativos, tiene un precio. La clandestinidad segura conlleva un subregistro de los abortos legales y voluntarios que impactan en las estadísticas provinciales y nacionales y, por lo tanto, en el presupuesto posterior para la planificación de las políticas públicas.

Por otro lado, el negar que en un sanatorio exista personal para IVE/ILE, incurre en un enorme daño para las personas con seguro social que necesitan el servicio y no pueden o no quieren pagar el silencio en las historias clínicas. Estas personas no saben adónde acudir y sufren el maltrato de sus médicxs particulares, migrando de un consultorio a otro buscando solución a su problema.

Existe un solo consultorio en Tucumán a donde la enorme mayoría de lxs médicxs (que dan información) del sistema privado de salud, derivan las IVE o ILE hasta las 12 semanas de edad gestacional. Este consultorio tiene convenios de prácticas ambulatorias medicamentosas y aspirativas con casi todas las obras sociales y prepagas de la provincia. Cuenta con profesionales capacitadxs en la temática de aborto, pero la existencia de este consultorio con la dinámica adoptada por la población médica objetora de derivar a esta institución exclusivamente, hace que no se abra la oferta con libre elección de prestadores y en consecuencia, aumente el tabú de la práctica.

Por ejemplo, un parto o una cesárea, están nombrados por el Colegio Médico de

Tucumán con un código y la realizan todxs lxs tocoginecólogxs. Sin embargo, una IVE también denominada, tiene convenio con dicho consultorio y la usuaria es derivada ahí desde la obra social o prepaga a pesar de que su médicx esté dispuestx a atenderla. La usuaria tiene que aceptar la atención en ese único efector de salud aunque no conozca a nadie allí. Así lo expresa una médica tocoginecóloga:

Aquí en Tucumán, si bien uno puede acompañar en forma “particular” a cada paciente en su consultorio, a la paciente le termina siendo más conveniente ir a un lugar en especial que hay en Tucumán, que es el Consultorio de Salud Integral, donde las chicas han generado todos estos convenios con las obras sociales desde su espacio y trabajan muy bien. Entonces, muchas veces en la práctica privada pasa esto. Si viene una paciente y tiene “Subsidio de Salud”, por más que sea mi paciente, yo la quiera acompañar y ella quiera que yo la acompañe, le conviene económicamente ir ahí.

10.4 “Siento que soy la abortera del pueblo, como antes era la de Villa Luján”

De lxs entrevistadxs, 14 respondieron a las preguntas sobre los costos de realizar IVE. Cinco de ellxs eran objetores de conciencia y nueve no objetores para realizar la práctica. Dos aceptaron que hay costos que no están dispuestos a asumir y todxs coinciden en que las personas que realizan IVE/ILE son segregadas en mayor o en menor medida por el corpus médico o profesional. Opinan que esta es la razón por lo que algunxs médicxs llevan sus pacientes particulares al hospital público y no al privado, ya que de esta manera quedan menos expuestos. En el hospital, las IVE e ILE quedan en la “gran nube del público”; en cambio, en el sanatorio, hay más prejuicio.

Tres de lxs objetores indicaron que en las guardias “tenían que terminar los trabajos” que se iniciaban en los consultorios con los abortos autogestionados con medicamentos, y esto les generaba grandes molestias contra lxs profesionales que recetaban los fármacos. Por

ejemplo, un médico tocoginecólogo expresó:

Lo que pasa es que los médicos que hacen IVE les indican cómo tomar el misoprostol y ya está. Se acabó su consultorio. Y después todos esos pacientes caen a la guardia con sangrado donde los atienden médicos que son objetores. Ahí se crea la situación de conflicto. Si vos lo empezaste, terminalo vos.

Cabe señalar que para la Ley IVE, aun cuando la/el profesional se haya declarado objetor/a, la atención posaborto es entendida como una urgencia, y por ello no está sujeta a consideraciones personales o morales que la/el profesional invoque.

Para intentar comprender el accionar médico, Corral y Sosa Fuentes (2022), explican que para ellxs existen cuatro formas de capital que pueden acumularse, intercambiarse o invertirse en bienes. Estos capitales son: el social, el cultural, el económico y el simbólico. El simbólico es uno de los más relevantes en el campo médico y solo existe por medio de la estima, el reconocimiento, el crédito, la fe y la confianza de los demás. Este capital a su vez, se relaciona con los otros capitales a través de la pericia en dominar ciertas tecnologías o prácticas, la procedencia escolar o social, las relaciones sociales con otros médicos bien posicionados en el campo, etc.

Los médicos imponen un orden, una moralidad, un modelo de vida y, como se ha visto en el caso del aborto; en nombre no solo de la ciencia, sino de la autoridad de lxs “notables” o “capacitados”, predispuestos a definir lo que está bien o lo que es bueno. El elemento que permite la inversión y el juego de capitales es la “ilussio”, que significa la creencia en las reglas simbólicas de los campos. Sin la ilussio, nada de esto tendría sentido. Ni la estructura del campo, ni la verticalidad, ni la posibilidad de cambiar de posición social. La ilussio es lo que mantiene vivo el mercado de capitales (Corral y Sosa Fuentes, 2022, como se citó en Bourdieu, 2009).

Por lo tanto, lxs médicxs poseen o desean poseer un capital simbólico para acceder a los otros capitales. Entonces, una vez logrado, no pueden perderlo a pesar que no comulguen con las imposiciones del corpus médico hegemónico. Un participante del personal de obstetricia mencionaba:

No es lo mismo decir: Me voy con el mejor ginecobotetra que con alguien que esté practicando las IVE. En el privado la estigmatización es mucho mayor. Un médico que hace IVE está por debajo del estándar. En el público todo se hace en dos horas. En el privado, la paciente tiene que entrar, hacerse estudios, firmar un pagaré, internarse, esperar recuperación. En el público se hace neurolepto, se evacúa, se recupera, sale abrazada despacito con el marido y fin de la historia. Nadie se entera.

Así también, un médico tocoginecólogo expresó: “Bueno, no podemos desconocer como se ve un médico que hace IVE en el sanatorio... Vos sabés como es aquí”.

Por otro lado, las personas entrevistadas que acompañaban a personas con capacidad de gestar para que puedan ejercer sus derechos, hicieron alusión a los altos costos sociales y emocionales que pagaron para cumplir con las leyes vigentes.

Para Zamberlin (2015) existe un **estigma percibido** que es la apreciación individual acerca de lo que lxs demás piensan sobre el aborto, y lo que ocurre si la experiencia personal toma estado público (deterioro de relaciones sociales, pérdida de amistades, crítica, maltrato y aislamiento). El **estigma experimentado** es la experiencia real de ser blanco de acciones de discriminación por parte de terceros. Estos conceptos que la autora coloca en las personas que abortaron puede trasladarse a lxs profesionales que acompañan abortos.

Así lo expresaba una de las médicas tocoginecólogas entrevistadas:

Yo tenía mi grupo de amigos de la residencia con los que me fui separando de a poco. Yo sentía que no podía opinar, ni decir nada sobre esto porque nada, qué pesada. Y sí, son todos anti derechos. Yo me he escondido un poco. Hubo un momento en que no

quería ni cruzármelos, porque siento que me juzgan, bueno... Yo sé que me juzgan, no es que lo siento nada más. Yo me tuve que aguantar que chicos de otros años a los que yo les había enseñado, me hagan desplantes por hacer AMEU en el hospital. Eeh, o sea, yo fui violentada por mis propios colegas. Entonces sí hay una expulsión y no te dan ganas de trabajar con nadie. Lo que yo siento es una soledad absoluta. Que esté la ley da tranquilidad, pero la condena de los colegas sigue estando. Siento que soy la abortera del pueblo, como antes era la de Villa Luján.

En el mismo sentido otra participante indicaba:

Llegás a decir: Yo lo quiero llevar a cabo, pero tengo miedo de llevarlo a cabo porque quedo prendida en una minoría y esclava del sistema que tendría que hacer siempre el procedimiento y no quiero. Yo soy una persona tranquila, y soy tibia (Médica tocoginecóloga).

Y también otras dos entrevistadas médicas tocoginecólogas expresaron: “Me he tenido que enfrentar con gente que era amiga mía ...ahora ya no...pero era amiga, era compañera, era colega, y que ahora, de repente...no nos saludamos ni nos miramos, ni tenemos contacto. Eso tiene un impacto súper importante” y “Estás hablando con alguien que tiró la toalla en el público. Nos decían las aborteras. La mirada del otro es devastadora. Sigo en terapia psicológica”.

10.5 Lxs profesionales de la salud y el término “violencia ginecobstétrica”

Los resultados arrojaron que, efectivamente, existe una diferencia no solo en el conocimiento, sino en la investigación y profundización posterior de lo que implica el término según la/el profesional entrevistadx.

Nuevamente, la diferencia se observó entre objetores y no objetores. De los nueve objetores, cuatro conocían el término de VGO pero en contexto de embarazo, parto y

puerperio. Lo habían conocido en cursos y charlas en el hospital público: dirigidos casi exclusivamente a una mejoría de la atención del parto en el contexto de la Ley de parto respetado. Cuando se indagaba en contexto de aborto, las respuestas eran más escuetas o dudosas, y se notaba la incomodidad ante la pregunta. Parecían insegurxs respecto a si una violencia verbal aplicaba, por ejemplo, o si se los estaba evaluando con esa pregunta, por lo que se tuvo que pasar en todos los casos, para distender, a otro tema en la entrevista.

Un objetor no contestó, otro dijo no conocer el término, pero suponerlo y lxs tres restantes negaron el término de llano:

No... la violencia no sólo es ginecobstétrica, puede estar en mi vida también, está en todo nivel, en toda especialidad, en todo el ámbito del equipo de salud. Es recíproca. Es del equipo de salud hacia el paciente y del paciente hacia el equipo de salud. Una violencia administrativa, por ejemplo, es poner un cartel “hoy no hay turnos” y vos salís y te rayaron el auto o te amenazan. Hoy por hoy, decís “tá loco” tenés que tener seguridad policial y privada y así y todo parece poco (médico tocoginecólogo).

Así también lo manifestó otrx médico tocoginecólogo: “Yo creo que hay más despersonalización que violencia. Que no sepas el nombre de la paciente, que no hagas participar a la familia, eso. En aborto, eeh, creo que las juzgan mucho a las pacientes, nada más...”. Y unx entrevistadx del personal de obstetricia detalló:

Ya no existe la violencia. Hay una problemática que genera violencia en las guardias. Pero no por la decisión de la paciente. Las guardias están desbordadas y llegan de afuera con una mala dosificación de Oxaprost, con dos vaginal, dos subyugal, pasan dos horas, te ponés dos más y yo tengo madre, marido, familia que me tira la puerta abajo por el dolor de la paciente que cree que se va a morir.

El personal no objetor, no sólo manifestó conocer el término “violencia ginecobstétrica”, sino que hicieron salvedades de la modificación del mismo a través de los

años, la lucha feminista y la visibilización de violencias naturalizadas. Incluso mostraron críticamente las formas de encarar las capacitaciones en los hospitales sin ahondar en todas las prácticas que se consideran violentas en la actualidad.

Marcaron que la reflexión, la aceptación de los propios ejercicios de violencia en el pasado, y a veces en el presente, son dinámicos y hay que estar en capacitación y reevaluación permanente. Hicieron referencia a la salud mental y a sus propios tratamientos o alejamientos de lugares violentos como las salas de partos de los hospitales públicos por ser insostenibles en su vida psíquica.

10.6 Violencia ginecobstétrica en contexto de aborto

Ante esta distinción específica, nuevamente se encuentra una diferencia de respuesta entre objetores y no objetores. Cuatro objetores hablaron del pasado, que ya no se ejerce. Que antes se hacía un interrogatorio policial “más o menos intenso” (violencia psicológica), “Vos buscaste esto, hacete cargo” “Señora, yo no hago esto, retírese” (violencia verbal). Sólo uno nombró un antes y un después de la ley con respecto a la realización de legrados sin anestesia (violencia física).

Dos entrevistadxs refirieron que nunca vieron o ejercieron violencia en contexto de aborto en toda su carrera. Incluso defendieron: “En el privado se cuidan mucho esos detalles”. Otro no quiso contestar y otro directamente no la asumió, explicando que al final ya todo es violencia “la mirás mal, le cerrás la puerta, y ya es violencia”.

Un solo objetor aceptó que se ejerce en la actualidad la violencia verbal pero inmediatamente expone que es lógico, porque es difícil estar en esa situación como profesional:

Ahí obviamente es difícil, porque como te digo, hay que... cuando se dan los casos de fetos muertos espontáneamente, este... incluso eso ya es bastante fuerte el acto

quirúrgico... entonces eso es lo que yo no puedo, no podría hacer eso. Apenas puedo donde corre riesgo la vida de la paciente, o sea, hacerle eso a un feto vivo es lo que me cuesta, bah, nunca lo podría hacer. Mi caso. Pero bueno. A lo que quiero llegar es que hay muchos profesionales que están en contra de eso y hay como un maltrato a las pacientes que quieren esta situación. Un maltrato verbal (médico tocoginecólogo).

La violencia verbal, que aparece como el acto más frecuente en todos lxs entrevistadxs, es la más estudiada en las ciencias sociales, ya que aparentemente tendría la función de justificar el sufrimiento como consecuencia del placer sexual. Tiene un objetivo disciplinador y de represión hacia la mujer.

Con respecto a lxs entrevistadxs no objetores, estxs pudieron hacer incluso una clasificación de violencias que se ejercen en la actualidad. Ningunx la negó y se sintieron muy cómodxs explayándose al respecto.

Con respecto al **personal administrativo**, observaron el maltrato hacia la persona que se acerca a pedir un turno “Esto es una maternidad, aquí se tienen bebés, no se aborta” (refiriéndose al subsistema público). En el caso de las obras sociales, refirieron que los trámites eran engorrosos con derivaciones innecesarias a otros sectores administrativos con exposición de la intimidad de la persona gestante en una y otra oficina.

Personal de ecografía: los resultados arrojaron que algunxs se niegan a dar información adonde pueden acudir para una IVE (ya que a veces son los que dan el diagnóstico de embarazo), otrxs obligan a las gestantes a escuchar los latidos cardio fetales y a mirar las imágenes del embrión. Es frecuente que se niegan a hacerles el control ecográfico post IVE. En este sentido, una médica ecogafista relató:

He tenido colegas que trabajaban conmigo, porque soy dueña del aparato, del ecógrafo, en un centro médico que controla personas que se hicieron IVE y nos derivan gente que se hizo o se va a hacer y saben que la vamos a tratar bien. Ellos lo

trabajaban en los horarios en que yo no podía, y dejaron de hacerlo porque están en contra de la IVE y no querían ni siquiera hacer los controles. Pero yo les decía: “No tiene nada que ver, vos al procedimiento no lo vas a hacer, lo único que tenés que hacer es la ecografía”, igual es como que sienten que hay mucho conflicto con lo que dicen, piensan y sienten, entonces dejaron de trabajar conmigo. Parece que les gusta que las pacientes les mientan. Trabajan más cómodos en la mentira. Porque todos los días hacen ecografías de gente que se hizo una IVE y no les dice.

En cuanto al **personal de enfermería**, lxs entrevistadxs aseguraron que se niegan a tomarle los parámetros vitales a las personas que están transitando una ILE del segundo trimestre en el hospital e incluso a darle la analgesia indicada por el personal médico. Las ILE del segundo trimestre en el privado, no se hacen aparentemente a viva voz. Ingresarían con el diagnóstico de feto muerto.

Personal médico: enumeraron las siguientes violencias: no atender las complicaciones con celeridad, violencia verbal, interrogatorio policial, clases de moral y catecismo, solicitarles los laboratorios del primer trimestre y darles ácido fólico sin consultar si desean continuar el embarazo, si abortan más de una vez negarles la medicación, si es la primera vez que abortan, negarles la información. Negarse a darles los métodos anticonceptivos post IVE y los controles post IVE.

Dos personas no objetoras hicieron hincapié en lo **institucional**: consideraron violento que las instituciones no sean laicas, que permitan un stand del “bebito” en la puerta de la maternidad y finalmente que la maternidad se llame “maternidad” cuando también se llevan adelante procesos no reproductivos como abortos o asesorías en métodos anticonceptivos.

Impresionaría que existen dos cosmovisiones diferentes de profesionales, los que pudieron quisieron y los que no, transitar una aceptación de la violencia para poder hablarla,

denudarla, clasificarla, estudiarla y de esta manera disminuir su ejercicio. Todxs coinciden en que esto último es un proceso difícil, dinámico y doloroso: darse cuenta de qué se hizo y se sigue haciendo daño.

10.7 Conocimiento de las Leyes IVE/ILE por parte del personal de salud

Nuevamente se observa una diferencia en cuanto al conocimiento de las leyes que respaldan el accionar médico según si el personal es o no objetor de conciencia. Entre los objetores, sólo tres de ellos supieron contestar cuál es la diferencia entre ILE e IVE, no solo en cuanto a causales sino con respecto a los límites de tiempo de edad gestacional para que sean procedimientos no punibles. Un médico tocoginecólogo detalló:

Y bueno, está marcada por la definición... la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho que puede ejercer cualquier persona hasta las 14 semanas de edad gestacional. La interrupción legal del embarazo puede ser, si pasara, mayor a 14 semanas de edad gestacional, pero tiene causales, como la violación o riesgo para la salud de la mamá.

De la misma forma, otro médico tocoginecólogo contestó:

La ILE es cuando existen causales, como la violación o riesgo para la salud de la madre. No tiene límite de edad gestacional. La IVE no tiene una causal, una razón que la justifique, pero sí el límite de edad gestacional legal, que son las catorce semanas.

En cambio, entre los no objetores, seis contestaron con detalle las diferencias y se explayaron con las respuestas. Como por ejemplo en la siguiente cita:

Y bueno, mirá, la ILE está contemplada en el Código Penal, no tiene límite de edad gestacional pero sí tiene causales como la violación o el riesgo para la salud de la madre... y ahí se plantean los bemoles. Porque si vamos a la definición de la Organización Mundial de la Salud, el término “salud” engloba lo bio-psico-social, no

solo la ausencia de enfermedad. Entonces, se podría practicar una ILE después de las catorce semanas aun si no estuviera en peligro la vida de la madre, ¿me entendés? Cuando hablo de bemoles, hablo del causal salud. En el caso de la IVE, todo está más enmarcado, es voluntaria, sin causales, pero solo hasta las 14 semanas (médica tocoginecóloga).

Cabe destacar que entre los objetores que no conocían las diferencias entre una y otra, hay tres docentes universitarios. Dos de ellos, médicos tocoginecólogos mencionaron:

Con respecto a los procedimientos son distintos con respecto bien, creo que también con respecto a la seguridad entre una y otra, digamos, en el corte que te da la ley de la salud. La repercusión que tiene sobre la paciente la ley vieja, el armario así no estaba quizá tan explicado como ahora. Y sobre todo en la repercusión que tiene en la paciente de interrupción voluntaria y la legal. Hoy por hoy se da la posibilidad de elegir a los pacientes. Más que nada creo que no...que es eso. Creo que bien explicado las dos...en un punto son similares y al mismo momento son muy distintas entre una y otra, ¿me entendés?

No, bueno. ILE tiene que ver con, digamos, se la privó de su voluntad a la paciente en cuestión por alguna razón, digamos, violación o lo que sea. Y el otro no. Es porque bueno, se embarazó la paciente pero por equis razón no desea seguir con su embarazo. Me refiero a que la relación sexual fue voluntaria.

También una docente del personal de obstetricia mencionó: “IVE; interrupción voluntaria. ILE, interrupción... (Levanta las manos acompañando con un gesto donde pareciera decir “no sé”)”. Este dato no es menor, porque significa no sólo que no está incluido en la currícula formal de la especialidad, sino que no es considerado un tema importante para el ejercicio y la práctica médica y/u obstétrica, aun cuando todos los entrevistados refirieron recibir diariamente el pedido de ILE o IVE en sus consultorios.

10.8 Fallas, aciertos e implementación de la Ley IVE

Sin embargo, cuando se les preguntó qué opinaban de la implementación de la Ley IVE, hasta las personas que no lograron definirla, encuentran fallas o aciertos. De los nueve objetores, siete contestaron la pregunta. De estos, dos de los que antes no pudieron definirla, entienden que la ley está para disminuir las muertes por abortos clandestinos en malas condiciones sanitarias:

La verdad que como yo no estoy a favor de la voluntaria, digamos, es como que nada, me limité solo a derivar la paciente... Bueno, esto entre nosotras, yo siempre digo que una se tiene que poner en el lugar del otro, y bueno... con estas nuevas leyes que han salido para terminar de una buena vez con las muertes por abortos clandestinos y todo eso...y bueno...que Dios nos ayude (Personal de obstetricia).

Y otra entrevistada respondió: “Me parece bien la ley, a pesar que tuvimos que cambiar paradigmas. La ley ya está y lo veo como algo positivo. Ya no se ve gente muerta por abortos clandestinos (Personal de obstetricia).

Otros cuatro objetores, entendieron que la ley debería limitar el número de abortos, ya que se lo estaría utilizando como un método anticonceptivo. Una profesional consideró que las usuarias deberían hacer un curso de planificación familiar obligatorio por varias semanas después de un aborto voluntario:

A ver, esto es una opinión personal, eh. Ya tengo varios pacientes que van por el segundo o el tercero. Segundo, tercer IVE. Entonces, me parece que está fallando, digamos, el tema de la planificación familiar post evento o de la asesoría post evento, eh... no sé si habría que limitar el número...pero no es un método anticonceptivo, entonces por ahí, cambiar algo de la ley que...que la paciente tenga que asistir realmente, no sé...a un curso que dure varias semanas de planificación familiar... que

no sea algo como dejado tan al azar. Como dar método post y ya está (médica tocoginecóloga).

Asimismo, unx participante del personal de obstetricia argumentó: “Como ahora es ley, lo usan como anticonceptivo. Y el consultorio para planificación familiar es fabuloso. Hay chicas que se hicieron cuatro o cinco IVE y no toman anticonceptivos. ¿Dónde está la captación? ¿Dónde está el control post IVE?. Otros dos objetores consideraron que el que “inicia” la IVE, debiera terminarla, especialmente en el hospital público.

Con respecto al personal no objetor de conciencia, cuatro consideraron que en la ley la edad límite de edad gestacional era muy temprana, que debería extenderse a 20 o 24 semanas. Como por ejemplo:

No me siento capacitada para meterme específicamente en la ley, pero hay una realidad. Hasta las catorce semanas un aborto es más fácil de conseguir que uno del segundo trimestre por causal salud, una ILE. ¿Cómo te explico? Por ejemplo, una paciente de trece semanas tiene una ecografía que es un screening, no es de certeza, con una anomalía fetal, siendo un embarazo deseado... como no está agilizado el tema de diagnóstico prenatal, no es tan fácil el acceso a un genetista o a un estudio con un diagnóstico más profundo... por ahí como la ley las cubre hasta ahí se apuran a tomar una decisión y por ahí se quedan con el sinsabor de no saber qué es lo que ha interrumpido... ¿me entendés? Todo por no tener plata para pagar un cariotipo, con una ley con fecha de vencimiento tan temprano, y después creen que no lo van a poder hacer. No sé si me expliqué... (médica tocoginecóloga).

Eeeh, bueno, lo del límite de la edad gestacional se lo podría pensar un poco mejor. Ponele en Colombia son 24, ponele. Eso se lo podría pensar, igual como yo creo que todos los embarazos no deseados entran en las causales, también puede ser una ILE

tranquilamente si altera la salud mental. Pero sabemos que eso genera más exposición y obstaculizaciones (médica tocoginecóloga).

Incluso cinco no objetores consideraron que hay fallas en la implementación de la ley a causa del exceso de objetores de conciencia en las instituciones y que no se cumple con ese punto en particular en la práctica.

La ley en teoría tiene un montón de cosas espectaculares pero que no se ponen en práctica. Esto de que exista la objeción de conciencia pero en todos los lugares tenga que haber sobre todo en las instituciones públicas un no objetor, no se cumple. Y no se cumple no solo porque el sistema de salud no esté haciendo nada, sino porque no hay personas que alcancen. No hay tantos no objetores (médica tocoginecóloga).

Otra medica tocoginecóloga argumentó: “Bueno, qué se yo. Esto de las objeciones de conciencia...ahí dice que las instituciones no tienen que ser objetoras, bueno...quizás haya que trabajar más en eso, porque si no, el acceso no es igual para todas”. Y por último, otra mencionó:

Mirá, en estos dos años para mí ha funcionado re bien. Sí creo que debería haber más acceso y menos objetores. Por ejemplo, en un hospital del interior, una mujer que llegaba y quería abortar un lunes, tenía que esperar hasta el viernes que llegue la única médica que hace abortos. Entonces, eso es atrasar el acceso porque solo una médica le daba la medicación. Por ahí eso debe cambiar un poco. Pero de ahí en más, el plan me parece brillante (médica tocoginecóloga).

10.9 El temor a las represalias legales

Cuando se les preguntó a lxs entrevistadxs si tenían algún temor a las represalias legales, en su enorme mayoría contestaron que no. Todxs lxs que acompañaban abortos se sentían amparadxs por las leyes y los que no acompañaban, salvo uno, también.

Mirá, yo creo que con la ley está clarísimo que el temor debería estar si no hacés lo que tenés que hacer, que es como mínimo dar las opciones. Pero parece que no le tienen miedo a nada. Hay una impunidad terrible. El objetor debe dar las opciones aunque no haga la práctica. ¿Quién dice “vos te tenés que operar” y no explica por qué, o “tomá este antibiótico” sin dar una explicación? No quiero alargar, pero esto es lo mismo. Con el diagnóstico de embarazo tenés que explicar todo: que los podés continuar con estos riesgos o interrumpir con estos otros, y así (médica tocoginecóloga, no objetora).

Un solo entrevistado, explicó que al ser objetor, a veces teme escribir en la historia clínica su negativa al acompañamiento.

Siii, totalmente (tono de profunda seguridad). Ahora, el que no lo practica, sabe que está siendo medio prejuizado, ¿me entendés?.. Está en la lupa sobre qué es lo que pone, qué es lo que ha dicho y ha dejado de decirle a la paciente, ¿me entendés lo que te digo? Ahí me parece que ese extremo está mal. Porque me parece que el que no lo practica no tiene la suficiente información sobre qué es lo que tiene que escribir o poner o asesorar. Hay un montón de médicos que la paciente le consulta por IVE y le dicen “señora, yo no hago esto, por favor, retiresé”. Otros sí hemos leído la ley y sabemos que no es necesario ser efector para que la paciente se sienta acompañada por vos (médico tocoginecólogo, objetor).

Existen objetores que aparentemente creen que no es necesario saber de las reglamentaciones de la ley IVE si no acompañan abortos.

Mirá, la ley está y cada uno hace lo que quiere. Yo no lo hago por algo personal, no le tengo miedo a la ley. A mí nadie me va a decir lo que tengo que hacer. Sería el colmo. A mí no me interesa que la ley esté. No hago la práctica. La derivo como derivo las cirugías laparoscópicas y mamarias (médico tocoginecólogo).

También una médica tocoginecóloga, objetora, nos explicó:

La verdad que no sabría decirte si sienten temor los médicos que hacen IVE porque no tengo contacto con ninguno que la haga. Cuando derivo, no les conozco ni la cara. Nunca hablé con ellos. En mi CAPS, cuando salió la ley, todos firmamos una nota que éramos objetores de conciencia. En la obra social tuve que preguntar adonde derivar los casos a los administrativos. Hasta ahora nunca tuve problemas. En la guardia, antes venía una médica que era no objetora a hacer los legrados aunque sean las tres de la mañana, la llamábamos por teléfono porque nadie los quería hacer. Ahora los tenemos que hacer por si se te descompensa la paciente, porque ella parece que se cansó.

Tres de lxs dieciocho, nombraron un antes y un después de la absolución de lxs médicxs acusadxs por homicidio agravado por la ILE del caso “Lucía” con respecto al temor de las represalias del Poder Judicial.

No sé tanto ahora. Al principio me parece que sí, todos tenían miedo por el precedente del caso Lucía, era como al principio un “apriete”, eso es lo que yo he sentido. Un apriete o un llamado de atención a los profesionales que lo iban a hacer. Pero ahora, me parece que no (médica ecografista).

Finalmente, un entrevistado del personal de obstetricia respondió:

Mirá, la verdad no te sabría decir. De alguna forma, hay un respaldo legal, pero cada uno sienta postura. Creería que no hay un temor real, sino es más una cosa de creencias. No se toca tanto el tema legal, además, después de lo de los médicos que hicieron la ILE a esa chiquita (*se refiere al caso “Lucía”*), aunque se haya hablado mal de ellos por lo bajo, es como que quedó más claro que no vas a la cárcel por hacerlo.

11. REFLEXIONES FINALES

La violencia ginecobstétrica en contexto de aborto está fundada en el capitalismo y en el patriarcado (la mujer tiene la obligación de gestar), y crea un discurso defensivo por parte del poder médico dominante, ya que está amparado por todo un contexto social e histórico que dificulta la autocrítica y el desandar de hábitos médicos autoritarios aprendidos.

La medicina se mueve con leyes propias, ajenas a las luchas sociales y a los derechos adquiridos por las luchas feministas y de los movimientos de mujeres. La falta de punitivismo ante el incumplimiento de las leyes nacionales lleva probablemente a no sentir la necesidad de conocerlas y estudiarlas en detalle. Este desconocimiento se transforma además en un acto político, que tiende a deshumanizar las relaciones entre lxs médicxs y lxs gestantes para perpetuar la inequidad de género y de poder ya instaurada en la especialidad tocoginecología. El personal sanitario es el actor mediador entre las personas y las instituciones para que accedan a distintas prácticas de salud. Mientras que en el sector público este acceso es masivo, en el sector privado es personal e íntimo.

Lxs profesionales de la salud entrevistadxs acompañan o no a lxs gestantes que solicitan abortos según sus opiniones, emociones, convicciones y/o entorno social. La solicitud de la IVE/ILE genera distintas reacciones según si el efector de salud es objetor de conciencia o no. Mientras que el objetor se siente ofendido, incómodo o enojado, el no objetor siente empatía, pena o movilización. Algunxs reconocen distintos tipos de violencia ginecobstétrica pero otros sienten cierta habilitación para juzgar, maltratar o no garantizar lo comprendido en la ley.

Lxs integrantes del equipo de salud que realizan IVE/ILE según si el entorno es público o privado, con una “objeción de conciencia variable”, con sus razones particulares (económicas, de respaldo institucional, etc.), aparentemente desconocen la ilegalidad de su accionar. En el sistema privado, asistimos al fenómeno de la “clandestinidad segura”, esto es

la realización de IVE/ILE en internación, en buenas condiciones sanitarias, pero con diagnósticos falsos, para no comprometer el estatus del profesional, de la usuaria o de la institución.

El complejo entramado social permite la violencia ginecobstétrica en contexto de aborto a través del poder médico autoritario, las instituciones y los gobiernos. El personal de salud que inicia su recorrido individual en contra de esta lógica violenta, recibe como castigo de sus colegas y sociedades médicas, el estigma y la exclusión, poniendo en riesgo principalmente su capital simbólico.

La negación de que la violencia ginecobstétrica se encuentra institucionalizada, más la administración sutil del castigo por parte del personal de salud a la persona que aborta, establece oscuras situaciones de maltrato legitimado. Por lo tanto, pareciera que lxs médicxs y su entorno no necesitaran conocer las leyes, ya que existe todo un aparato estatal que hace caso omiso (o por lo menos no controla) su violación.

La perpetuación de la violencia ginecobstétrica sólo es posible por su carácter estructural y su invisibilización cimentada en la violencia de género de matriz puramente patriarcal, que no distingue raza, etnia ni clase; ya que el solo hecho de tener la capacidad de gestar, posibilita su padecimiento.

Este trabajo tiene limitaciones, en parte dadas por haber alcanzado una muestra reducida en número. Sin embargo, haber accedido a distintos perfiles profesionales, insertos en distintos ámbitos de la salud, puede considerarse una fortaleza. Asimismo, haber recurrido a Licenciadas en Trabajo Social para la realización de la mayoría de las entrevistas; permitió crear un ambiente más distendido en las mismas.

Sería deseable que esta tesis aliente la realización de futuros trabajos en el territorio para enriquecer las perspectivas, las causas y las posibles soluciones a la VGO en contextos de aborto. Entre las posibles líneas de intervención, se puede proponer la reflexión sobre

nuevas narrativas, para que el personal de salud se relacione con las personas gestantes desde una posición de acompañante y no de objeto sobre el cual se interviene. Esto podría lograrse desde la articulación del sector salud con educación, en escuelas y universidades, denudando el carácter patriarcal de esta relación desigual. Es lógico pensar entonces que esto será una materia de lucha política, jurídica y social, difícil de revertir en el norte del país pero no imposible si se ponen en marcha las políticas públicas necesarias para la articulación mencionada.

Se torna urgente que cada mujer sepa que su cuerpo le pertenece y nunca debe entregarlo al poder médico, sino llegar a consensos amorosos para su tratamiento del aborto. Es urgente también que cada profesional revea su práctica y evalúe si infringe algún daño sobre la usuaria con sus palabras y su accionar y por último, que las instituciones y sociedades dejen de invertir en el desconocimiento de esta violencia y en el estigma y comiencen no solo a crear protocolos claros de atención sino que colaboren en la denuncia y la concientización de esta forma de tortura.

Por esta razón, es impensable que la VGO se erradique solo con capacitaciones o protocolos para “suavizar” la atención del personal de salud en contexto de aborto. Como solo se puede dar lo que se tiene, podría otorgarse durante la formación profesional (en lugar de violencia y autoritarismo) amor y compasión ante el padecimiento de otro ser humano; para que luego las mujeres y disidencias con capacidad de gestar reciban comprensión y ayuda por parte del personal de salud y esta debería ser la parte más importante de la currícula oculta del saber médico.

12. BIBLIOGRAFÍA

Bermejo, L (2020). Ley Micaela: Tucumán adhirió y la norma rige en todas las provincias.

Página 12.

<https://www.pagina12.com.ar/267339-ley-micaela-tucuman-adhirio-y-la-norma-rige-en-todas-las-pro>

Bloj, C. (2010). *Impresiones teórico-metodológicas alrededor de la Investigación en Ciencias Sociales*. Documento de Trabajo. PRIGEPP-FLACSO.

Canevari, C. (2022). La autonomía profesional como amenaza a la garantía de los derechos de las mujeres en maternidades públicas. En R. Castro, R. y S.M. Frías, *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina* (pp. 175-209). Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

<https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>

Carbajal, M. (23 de noviembre de 2021). Tucumán: la Corte ordenó investigar violencias médicas en la atención de un aborto espontáneo. *Página* 12.

[https://www.pagina12.com.ar/384440-tucuman-la-corte-ordeno-investigar-violencias-medicas-en-la-](https://www.pagina12.com.ar/384440-tucuman-la-corte-ordeno-investigar-violencias-medicas-en-la)

Cárdenas Castro, M., Salinero Rates, S. y García Núñez, C. (2020). Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(3), 187-196.

https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322020000300187

Cascardo, F., Robaina, I., Testoni, E. y Trebotic, G. (2021). *Violencias en el acceso al aborto. Un acercamiento de la Red de Profesionales por el derecho a decidir en las*

regionales Zona Oeste PBA y Mendoza. Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y Observatorio de Géneros y Políticas Públicas.
https://redsaluddecidir.org/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Violencias-en-el-acc-eso-al-aborto-2021_.pdf

Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 24, 43-68.
<https://www.redalyc.org/journal/2933/293349445003/movil/>

Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42.
<https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf>

Castro, R. y Frías, S.M. (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
<https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>

Contreras Tinoco, K.A. (2018). Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 3(2).
<https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.4>

Corral, D. y Sosa Fuentes, S. (2022). La violencia obstétrica en el papel. Crítica a la política pública para la atención del embarazo, parto y puerperio en la Ciudad de México. En R. Castro, R. y S.M. Frías, *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina* (pp. 257-291). Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
<https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>

Espinoza Reyes, E. (2022). La pirámide de la violencia obstétrica: dimensiones culturales y

estructurales. En R. Castro, R. y S.M. Frías, *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina* (pp. 103-142). Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
<https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>

Facultad de Medicina. (s.f.). *Juramento Hipocrático*. Universidad de Buenos Aires.
<https://www.fmed.uba.ar/titulos/texto-de-juramento>

Gebruers, C. (2016). El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso “F.A.L.” *REDAAS*, 4.
https://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/34-Doc4_pdfweb_Gebruers_ok.pdf

Gramaglio, L. (2020). *Lucía, el símbolo de los embarazos infantiles forzados en Argentina*. 2da Edición del Diplomado Embarazo y Maternidad Infantil Forzados en América Latina y el Caribe.
<https://cladem.org/wp-content/uploads/2020/12/Luciana-Gramaglio.pdf>

Isla, V. (Coord.) (2022). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación.
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

Ley Nacional N° 25.929 de 2004. Por la cual se establece que las obras sociales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805/texto>

Ley nacional N° 26150 de 2006. Por la cual se regula el acceso al Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222/texto>

Ley Nacional N° 27.499 de 2019. Por la cual se establece la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27499-318666>

Ley Nacional N° 27.610 de 2021. Por la cual se regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Madeiro, A. (2017). Maltreatment and discrimination in induced abortion care: perception of women in Teresina, State of Piauí, Brazil. *Ciênc. saúde colet.*, 22(8) <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos [MJyDH] (5 de mayo de 2017). *Violencia Obstétrica: defendé tus derechos*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/violencia-obstetrica-defende-tus-derechos>

Moris, L.G. (30 de junio de 2018). Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar. *Fundación MXM*. <https://mujeresxmujeres.org.ar/educacion-sexual-para-decidir-anticonceptivos-para-no-abortar/>

ONU (11 de julio de 2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Asamblea General. Naciones Unidas. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>

Página 12 (7 de mayo de 2018). *Tucumán, insólita fortaleza antiderechos*. <https://www.pagina12.com.ar/112791-tucuman-insolita-fortaleza-antiderechos>

Perl, I.A. (2021). Género, cuerpo y emociones en la consulta ginecológica. Relatos y

Narrativas de médicos ginecólogos del AMBA. [Tesis de Maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. Repositorio Institucional- FLACSO Andes. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/17449/2/TFLACSO-2021IAP.pdf>

Petracci, M. (2017). *Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad tardía*. Editorial Teseo.

Pisarello, S.L. (2 de mayo de 2019). Las torturas y mentiras en la noche más larga de “Lucía”. *La Tinta*. <https://latinta.com.ar/2019/05/02/torturas-mentiras-noche-mas-larga-lucia/>

REDAAS (2018). *2018: el año de la marea verde*. <https://www.redaas.org.ar/archivos-boletines/29.pdf>

Righetti, N. y Di Marco, M.H. (2022). Un análisis crítico de las conceptualizaciones de la violencia obstétrica. En R. Castro, R. y S.M. Frías, *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina* (pp. 37-68). Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>

Riva, M. (27 de marzo de 2017). Absuelven a Belén, la joven acusada de haber abortado en un baño de hospital. *Clarín*. https://www.clarin.com/sociedad/absuelven-belen-joven-acusada-abortado-bano-hospital_0_Sy6Pu08ne.html?gclid=Cj0KCOjwxuCnBhDLARIsAB-cq1ohvNF1P594i3CEfmKHZ813ZQsZO-vD_495gC2hCZvfcd7yzeIALHIaAs2OEALw_wcB

Segato, R.L. (2011). Femi-geno-cidio como crimen en el fuero internacional de los derechos humanos: el derecho a nombrar el sufrimiento en el derecho. En R. Fregoso y C. Bejarano (eds.), *Feminicidio en América Latina* (pp. 245-248). Centro de Investigaciones de Ciencias Sociales y Humanidades.

- Segato, R.L. (2019). Pedagogías de la crueldad. El mandato de la masculinidad (fragmentos). *Revista de la Ciudad de México*, 27-31. <https://www.revistadelauniversidad.mx/articles/9517d5d3-4f92-4790-ad46-81064bf00a62/pedagogias-de-la-crueldad>
- Soares Ferreira, M. (2022). Geografías brasileñas del dolor: la violencia obstétrica como un castigo sexual a las mujeres. En R. Castro, R. y S.M. Frías, *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina* (pp. 69-100). Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/27/294/883-1>
- TÉLAM (17 de mayo de 2023). *Convocan a la primera marcha nacional contra la violencia ginecobstétrica y neonatal*. <https://www.telam.com.ar/notas/202305/628570-marcha-violencia-ginecobstetrica-neonatal.html>
- Tobasía-Hege C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., Gómez Ponce de León, R. y Souza, J.P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Pública*, 43. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
- Velho Barreta, T. (2018). Retrasos en el acceso a cuidados médicos para complicaciones relacionadas con el aborto: la experiencia de mujeres en el nordeste brasileño. *Cad. Saúde Pública*, 34(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168116>
- Zamberlin, N. (2015). Estigma y aborto. El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina. En S. Ramos (Comp.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar*

políticas públicas e incidencia (pp. 173-190).Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES.

<https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4301/1/10701.pdf>

13. ANEXOS

13.1 Guía de entrevista semiestructurada

Pautas para el desarrollo de la entrevista.

- La entrevista puede ser presencial o en forma remota - con cámara encendida-, grabada en cualquiera de las modalidades, para asegurar el registro riguroso de la información y su posterior tratamiento.
- Se asegura el anonimato de las personas entrevistadas, otorgando la opción de presentarse con un alias que puede ser elegido o asignado por la entrevistadora en cuestión.
- Además, una vez finalizado el estudio, la investigadora se compromete a la destrucción material de los audios textos obtenidos en las entrevistas, con el fin de resguardar la identidad de cada persona entrevistada.
- Al iniciar la entrevista se leerá el “permiso” o el speech que motiva la realización de la misma, con el objeto de darle un encuadre.
- Consentimiento informado.
- Cierre: se agradece el tiempo dedicado a la entrevista.

Preguntas orientadoras

- 1) Nombre. Alias (elegido o asignado).
- 2) Lugar de trabajo, tanto en el ámbito público como privado (estas preguntas se descartan luego porque interfieren en el anonimato).
- 3) Cargo que ocupa en dichas instituciones.
- 4) Años que lleva ejerciendo en general y trabajando también en las instituciones nombradas.

- 5) ¿Ejerce la docencia?
- 6) Después de la introducción en el tema, se realiza la pregunta: Respecto a ello, Ud. ¿cuáles cree que son las mayores diferencias entre la ILE y la IVE?
- 7) En su trabajo, tiene contacto con personas que soliciten ILE/IVE?
- 8) ¿Qué siente cuando una persona solicita una IVE/ILE?
- 9) En el caso que acompañe profesionalmente, ¿Cómo procede? Especifique los pasos, por ejemplo: consentimiento informado, medicamentoso, aspirativo, etc.
- 10) ¿Dichas prácticas son asistidas con analgesia o anestesia? ¿O no necesariamente? ¿De qué depende?
- 11) ¿Los procedimientos en el sanatorio son iguales al hospital? ¿Hay diferencias? ¿Hay algunas prácticas que el sanatorio considera que no deben hacerse?
- 12) Los vínculos entre quienes hacen IVE ILE y el resto del equipo, ¿cómo son? ¿Hace alguna diferencia que hagan esas prácticas?
- 13) ¿Atender/acompañar casos de aborto es algo de lo que pueda hablar abiertamente?
- 14) ¿Notó algún cambio en su círculo social y profesional desde que realiza éstas prácticas? En el caso de responder afirmativamente, especificar cuáles.
- 15) En el caso de no realizar prácticas de IVE ILE, ¿hay algún procedimiento pautado por el sanatorio? ¿Depende de cada profesional? ¿Qué se le dice a la persona que solicitó la IVE ILE? De llevar a cabo una derivación por un caso de aborto, identifica y cuenta con un listado de profesionales y/o instituciones que realizan dichas prácticas?
- 16) ¿Conoce el término “violencia gineco-obstétrica”? ¿En qué contexto se familiarizó con el término?
- 17) En su opinión, ¿Cuáles cree que son las manifestaciones y/o expresiones de dicha la violencia obstétrica?
- 18) ¿Puede reconocer alguna situación de violencia gineco obstétrica?

- 19) ¿Considera que este tipo de violencia aplica a las personas gestantes que deciden interrumpir su embarazo?
- 20) ¿Alguna vez vio o ejerció alguna situación que puede estar vinculada a una violencia obstétrica en contexto de aborto?
- 21) Al respecto de la Ley de IVE promulgada hace dos años, ¿considera que tiene aciertos? ¿Y fallas? ¿Qué reformularía?
- 22) ¿Considera que se respeta y se considera las creencias y opiniones de los profesionales de la salud respecto de las posturas personales respecto de la IVE/ ILE?
- 23) 23) ¿Piensa que los profesionales de la salud sienten temor ante posibles acciones legales si hacen IVE ILE? ¿Podría decirme cuáles son algunos de esos temores?
- 24) Pregunta que relaje y distienda, para evitar cerrar abruptamente la entrevista (por ejemplo: “Ante lo que usted describió, ¿qué sugerencias tiene para combatir la violencia gineco obstétrica en el sanatorio”?)