

Barreras y factores facilitadores para la accesibilidad a la interrupción legal del embarazo (ILE) en el subsistema privado y de la seguridad social de Argentina: análisis de la situación institucional en el Hospital Italiano de Buenos Aires

Barriers and facilitating factors for accessibility to legal interruption of pregnancy in Argentina's public health and private subsystem: analysis of the institutional situation at Hospital Italiano de Buenos Aires

Mercedes Volpi^a, Camila Volij^a, Daniela Epstein^a, Nadia Silvina Musarella^a, Sergio Adrián Terrasa^{a,b,c}, Vilda Discacciati^{a,d,e}

Resumen

Hasta diciembre de 2020, en Argentina el aborto era legal ante determinadas causales. Sin embargo, era común que la implementación de esta legislación se viera entorpecida. El objetivo de esta investigación fue identificar las barreras y los factores facilitadores para la accesibilidad a la interrupción legal de embarazo en una institución del subsistema privado y de la seguridad social. Se realizó una investigación con enfoque cualitativo con entrevistas a profesionales del equipo de salud involucrados en el circuito de atención de interrupción legal de embarazo del Hospital Italiano de Buenos Aires. Los resultados se organizan en cinco ejes temáticos que surgieron luego de un proceso de lectura, interpretación y discusión: 1) ausencia de una política institucional explícita, 2) los componentes de la práctica (falta de registro en la historia clínica electrónica, desarrollo de circuitos paralelos para acceder a la medicación: misoprostol), 3) el marco jurídico legal y las causales (falta de leyes claras, diversas interpretaciones en lo que respecta al causal salud), 4) la objeción de conciencia y 5) los aspectos contextuales (movimiento feminista, el proyecto de ley desaprobado en el senado en 2018). A pesar de que el equipo de salud contaba con un marco legal claro, implementar una política institucional interna resulta sumamente necesario.

Abstract

Up until December 2020, abortion was legal in Argentina on certain grounds. However, it was common for the implementation of this legislation to be hindered. The purpose of this research was to identify the barriers and facilitating factors for the accessibility to legal abortion in both private and public health care institutions. A qualitative research was carried out with interviews with health professionals involved in the health team at *Hospital Italiano de Buenos Aires* legal interruption of pregnancy care circuit. The results are organized into five thematic axes that emerged after a process of reading, interpreting and discussing: 1) the absence of an explicit institutional policy, 2) the components of the practice (lack of registration in the electronic health records, development of parallel circuits to access medication: misoprostol), 3) the legal framework and grounds (lack of clear laws, different interpretations regarding health grounds), 4) conscientious objection, and 5) contextual aspects (feminist movement, the bill disapproved in the Senate in 2018). Even though the health team had a clear legal framework in place, implementing an internal institutional policy is extremely necessary.

Palabras clave: Aborto, Aborto Legal, Violencia de Género. Keywords: Abortion, Legal Abortion, Gender-Based Violence.

Volpi M, Volij C, Epstein D, Musarella N, Terrasa S, Discacciati V. Barreras y factores facilitadores para la accesibilidad a la interrupción legal del embarazo (ILE) en el subsistema privado y de la seguridad social de Argentina: análisis de la situación institucional en el Hospital Italiano de Buenos Aires. *Evid Actual Pract Ambul.* 2022;25(1):e006996. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V25I2.6996>.

Introducción

Esta investigación fue realizada durante la vigencia del marco jurídico de interrupción legal del embarazo (ILE), previo a la aprobación y promulgación de la ley 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en diciembre de 2020¹. Antes de esa fecha, en Argentina el aborto era legal ante peligro para la vida o la salud de la madre -inevitable por otros medios- y cuando provenía de una violación o un atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente².

Desde una perspectiva biologicista, el aborto se define como la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o feto esté en condiciones de vivir fuera del vientre materno. Desde el marco jurídico de cada país, el aborto puede ser legal o ilegal. Por otro lado, dependiendo de las condiciones en las cuales se lleve a cabo el aborto, este puede ser sin riesgo o inseguro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al aborto inseguro como 'un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capa-

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. mercedes.volpi@hospitalitaliano.org.ar, camila.volij@hospitalitaliano.org.ar, daniela.epstein@hospitalitaliano.org.ar, nadia.musarella@hospitalitaliano.org.ar,

^b Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires.

^c Departamento de Medicina, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. sergio.terrassa@hospitalitaliano.org.ar

^d Comité de Bioética, Hospital Italiano de Buenos Aires.

^e Departamento de Investigación, Centro de Investigación en Ciencias Humanas y Salud, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. vilda.discacciati@hospitalitaliano.org.ar

cidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos³.

Si bien estas definiciones son las conocidas y utilizadas con mayor frecuencia en los diversos ámbitos sociales, marcan un recorte muy acotado de la realidad y conducen a un análisis, en principio, superficial y limitado de las problemáticas vinculadas al tema. Recordemos que el ámbito sanitario se inscribe en un campo en el que interactúan múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Por ende, los procesos de salud-enfermedad resultan de una construcción social y están condicionados por las estructuras de poder, las normas, valores, técnicas y creencias imperantes en cada contexto histórico.

Tal es así que, desde una perspectiva de género, el aborto⁴ se plantea como un hecho social denso y complejo, en el contexto de relaciones de poder donde están involucradas la salud, la sexualidad, la moral y la ética, e incluso el significado mismo de la maternidad. Por lo tanto, según el enfoque del que se parta para definir aborto, se permitirá visibilizar o no la trama de violencias simbólicas y físicas que atraviesan las personas con capacidad de gestar.

Garantizar el derecho a la ILE forma parte de la práctica médica para cuidar la salud de la persona con capacidad de gestar. Por el contrario, obstaculizar su acceso, implicaría una vulneración de derechos y un hecho de violencia hacia una persona que ya se encuentra en una situación vulnerable.

Reseña histórica y situación legal del aborto en Argentina

En Argentina, desde 1921 (hasta diciembre 2020), el artículo 86 del Código Penal de la Nación establecía excepciones a la punibilidad del aborto: inciso 1°) en caso de peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; inciso 2°) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente².

Sin embargo, la implementación de esta legislación fue entorpecida por múltiples motivos. Un hecho histórico que tuvo como objetivo revertir la falta de incumplimiento de este artículo fue el dictamen del 'fallo FAL' en 2012, que estableció que toda mujer víctima de violación no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo⁵.

Otro intento de fomentar el cumplimiento de la ley se tuvo lugar en 2015, con la publicación del 'Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo'⁶, documento elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, con información médica, bioética y legal para la implementación de la ILE, que a su vez fue actualizado en 2019⁷. Sin embargo, no todas las jurisdicciones adhirieron a este protocolo de ILE. Por otro lado, en 2018 se había presentado un proyecto de ley en el Congreso de la Nación para la IVE que fue aprobado por la Cámara de Diputados pero rechazado por la Cámara de Senadores⁸.

Justificación o problema

Los estudios publicados y los datos estadísticos acerca de las barreras de acceso a la ILE en Argentina hasta diciembre de 2020, momento en que se promulgó la ley de IVE, hacían referencia únicamente al sector público. Sin embargo, a través de nuestra experiencia laboral en el sector privado y de la seguridad social, y del intercambio con colegas que trabajan en el sector estatal, teníamos la percepción de que muchas mujeres que tienen cobertura de salud en el sector privado y/o en el de la seguridad social terminan viéndose obligadas a solicitar la realización de la ILE en el sector público luego de no haber recibido una respuesta adecuada en el ámbito en el que suelen realizar la atención principal de sus problemas de salud.

Dada la falta de información y el subregistro sobre el aborto en general y la ILE en este sector, consideramos relevante investigar el proceso y, fundamentalmente, las barreras de acceso a la ILE en el ámbito privado y de la seguridad social, con el propósito de contribuir a diseñar estrategias que favorecieran el cumplimiento del artículo 86 del Código Penal, la implementación del protocolo vigente a nivel nacional y, principalmente, facilitar el acceso a la ILE. En la actualidad, a pesar de tener una ley de IVE, la información generada por este trabajo resulta relevante dado que aún persisten muchas barreras para su implementación. Es bien sabido que, dictaminadas las leyes, se requiere de tiempo y de procesos complejos hasta que su cumplimiento se garantice para toda la población.

Desde nuestro lugar como trabajadores y trabajadoras de la Salud de una Institución que da atención al subsector de la medicina prepaga y la seguridad social, sentimos la obligación de conocer cuál es nuestra situación institucional con el fin de trabajar en la mejora de los procesos involucrados, para poder así garantizar una respuesta satisfactoria a las personas que solicitan la interrupción de un embarazo. Esta investigación tuvo como objetivos explorar la percepción del equipo de salud sobre el acceso a la ILE e identificar las barreras y los factores facilitadores para acceder a esta práctica, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud del ámbito privado y de la seguridad social.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio

Investigación con enfoque cualitativo llevada a cabo entre febrero y diciembre de 2020 en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), Argentina, a través de entrevistas en profundidad y semi-estructuradas.

Población

El estudio se realizó en el Hospital Italiano de Buenos Aires. En una primera etapa, se realizó una lluvia de ideas y un mapeo entre los y las investigadores/as para identificar a los y las participantes de quienes interesaba conocer su opinión y sus experiencias. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta que las personas pertenecieran a los equipos de salud involucrados en el circuito de atención de pacientes en situación de ILE y pudieran proporcionar información relevante para dar respuesta a la pregunta planteada (informantes clave, referentes, efectores involucrados/as en la atención de pacientes con ILE). En este sentido, no se aplicó ningún criterio de exclusión. También fueron elegibles personas referentes de la institución a nivel jerárquico, -para tener la mirada del sector de toma de decisión institucional-, e informantes clave pertenecientes al sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que pudiesen ofrecer una visión externa del HIBA.

Convocatoria de participantes

Una vez identificadas las personas a entrevistar, las invitamos a participar por correo electrónico. A su vez los/as participantes nos sugirieron pares para entrevistar, lo que permitió amplificar la selección e invitación de participantes.

Recolección de datos

La información demográfica de las personas entrevistadas fue recolectada mediante una ficha estructurada que, para garantizar el anonimato de quienes participaron, no incluyó datos identificatorios. El material fue archivado mediante un código de números y letras, sólo accesible al equipo investigador.

La técnica de recolección de datos elegida inicialmente había sido la entrevista individual presencial. Sin embargo, a partir del Decreto de Necesidad y Urgencia de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio en marzo 2020⁹, las entrevistas fueron realizadas

en forma remota a través de la plataforma Zoom®, hasta octubre 2020. Se usó un lineamiento o guía de pautas para introducir las dimensiones de partida a explorar, siempre con la premisa de favorecer el discurso espontáneo de cada participante y para homologar la técnica entre quienes realizaron las entrevistas (**Ver Material Suplementario, Guías de entrevista**). Las dimensiones del acceso a la ILE exploradas incluyeron el aspecto asistencial (médico-asistencial, acceso al procedimiento y seguimiento), el administrativo y aquellos aspectos vinculados a la objeción de conciencia, partiendo de presupuestos revisados en la revisión bibliográfica. No obstante, estas categorías formaron parte del proceso investigativo y de la construcción interpretativa del corpus empírico recolectado.

Por otro lado, dado el contexto de sobrecarga asistencial consecutivo a la pandemia por COVID-19, también realizamos entrevistas autoadministradas semiestructuradas enviadas por correo electrónico a través de un formulario electrónico (GoogleForms®) diseñado ad-hoc a quienes prefirieron no participar de una entrevista individual por Zoom® (**Ver Material Suplementario, Guías de entrevista**). Las respuestas obtenidas de las entrevistas autoadministradas también fueron incorporadas al análisis de información.

Análisis de datos

Para el análisis de la información realizamos la desgrabación y la transcripción a texto de la información en audio obtenida de las entrevistas. Se realizaron sucesivas lecturas y encuentros de discusión con el equipo de investigación durante todo el proceso, para retroalimentar, supervisar, enriquecer y construir las categorías emergentes.

Para la sistematización del análisis, realizamos un análisis temático preliminar. Una vez organizada la categorización y la codificación de las unidades de texto (por similitud o vecindad), codificamos las entrevistas completando la fase de reducción de datos y organizamos la información según áreas temáticas (categorización y codificación).

Esta codificación de las entrevistas fue abierta y con el soporte informático del software Atlas.ti® en su versión Cloud, que ofrece la opción de trabajar colaborativamente de manera diacrónica y sincrónica (hasta septiembre 2020 se ofrecía de manera abierta y gratuita). El proceso fue iterativo, colaborativo, de agrupación de códigos y reuniones para puestas en común.

Realizamos el análisis interpretativo a través de mapas conceptuales, utilizando como soporte la herramienta Cmap Tools®, de uso libre y en carpeta compartida. Los diagramas nos permitieron vincular y graficar las categorías, poner en diálogo los distintos ejes temáticos y realizar un trabajo de problematización dentro del equipo de investigación de manera conjunta. Una de las investigadoras es licenciada en ciencias sociales y humanidades por lo cual la estrategia de triangulación, entendida como estrategia para enriquecer el análisis desde la mirada de diferentes disciplinas estuvo presente en todo el proceso.

Todos los componentes del proyecto como el corpus empírico, las grabaciones de los encuentros periódicos del equipo de trabajo, el documento de construcción de resultados y el informe final, forman parte de un archivo documental al cual únicamente tuvo acceso el equipo investigador.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo dentro del marco de la normativa nacional e internacional vigente, encuadrada en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sus enmiendas, y la ley de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (Ley Nacional 26.529). Todos los datos del estudio fueron tratados con máxima confidencialidad, con acceso restringido

sólo para los miembros del equipo investigador, de acuerdo con la normativa legal vigente, la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas data). El proyecto cuenta con la aprobación de Comité de Ética de Protocolo de Investigación de la institución, bajo el número 3986. Las y los participantes dieron su consentimiento previo a la grabación de las entrevistas y, finalmente, para asegurar el resguardo de su identidad, les compartimos el informe (también con carácter de confidencial) a cada uno/a para que pudieran valorar si sentían que esta había quedado expuesta o deseaban sugerir modificaciones.

Resultados

Realizamos un total de 59 entrevistas (ver las características de los/as participantes en la Tabla 1). A su vez, sobre el curso del proyecto incluimos observaciones del escenario natural en lo que respecta a actitudes que tuvieron lugar durante el diseño de una política interna que se realizó en el segundo cuatrimestre del año y que contó con la participación de dos de las investigadoras.

Tabla 1. Características demográficas de las 59 personas entrevistadas.

Características		
Edad, promedio (años)		45
Antigüedad en la institución, promedio (años)		19
Género femenino, n (%)		40 (68)
Modalidad de recolección de la información	Entrevistas presenciales pre pandemia, n (%)	3 (5)
	Entrevistas individuales por videoconferencia, n (%)	24 (41)
	Cuestionarios auto-administrados, n (%)	32 (54)

Organizamos la narración de los resultados en ejes temáticos, con categorías vinculadas entre sí a través de una red compleja. Los ejes seleccionados surgieron durante un proceso de discusión y lectura de las categorías con las que elaboramos un diagrama conceptual en el que se puede visualizar que los ejes están estrechamente conectados entre sí y comparten categorías comunes (ver Figura 1).

Consideramos los siguientes ejes como centrales:

1. La política institucional
2. Los aspectos vinculados directamente a la práctica
3. Las cuestiones relacionadas con el marco jurídico-legal y las causales
4. La objeción de conciencia
5. El contexto y las subjetividades
6. La política institucional

La política institucional

Entendemos por política institucional aquellos asuntos sobre los cuales hay una directiva a nivel hospitalario que encausa el proceso de toma de decisiones orientadas a alcanzar algún objetivo, en nuestro caso, el acceso a la ILE.

Uno de los temas más sobresalientes en las entrevistas fue el vinculado con el lugar que la ILE ocupa en nuestra institución en el contexto de su *agenda interna*. Más allá de que indagamos de manera directa si las personas entrevistadas percibían una *bajada de línea* en relación a la ILE desde la dirección del hospital, o bien desde el servicio o departamento en el que se desempeñan, la cuestión normativa estuvo presente a lo largo de cada entrevista.

Las opiniones fueron variadas, y lejos de ser dicotómicas, hubo matices en donde escuchamos los *sí* y los *no*, los *más o menos*, o los *depende*. A fin de cuentas, estas opiniones resultan de la interpretación que tiene cada persona, en tanto su posición frente al aborto y de cómo cada quien interpreta la existencia o no de una *bajada de línea* institucional. Particularmente en el nivel jerárquico, observamos que la ILE no estaba en la agenda institucional, al menos al momento de las entrevistas realizadas durante el primer cuatrimestre de 2020.

Escuchamos reiteradas veces la expresión de que en nuestro hospital hay libertad para trabajar, que nuestra institución tiene y siempre ha tenido apertura ideológica, y que se respetan las creencias de sus miembros. Por lo tanto, las voces giraron sobre la cuestión de la ausencia de una política interna explícita respecto de la ILE.

A pesar de que en nuestra institución se desarrolló una línea hospitalaria de trabajo sobre ILE durante 2016 y 2017, pareciera que esta problemática no llegó al conocimiento del nivel jerárquico de manera suficiente, puesto que algunos entrevistados explicaron que, al no verse expuestos a la ILE desde su tarea asistencial, o al considerarla lejana a su práctica cotidiana, no estaban lo suficientemente informados y asumieron que, de necesitar resolver alguna situación, lo harían llamando al jefe del servicio del área/especialidad involucrada, como por ejemplo, obstetricia. Llamó la atención que en niveles jerárquicos de gestión y dirección, los entrevistados mencionaron que el tema de la ILE no estaba en sus agendas, pero que según sus miradas *se debe hacer lo que hay que hacer*, es decir, lo que está contemplado en nuestro marco jurídico y lo médicamente indicado desde lo procedimental, pero sin poder transmitir claridad sobre el tema.

Además, destacamos que quienes ofrecen asesoría jurídica en nuestra institución manifestaron priorizar aspectos defensivos de la práctica de los profesionales de la salud actuantes, por sobre los derechos de las personas gestantes involucradas.

Otro obstáculo para el acceso a la ILE identificado en esta investigación fue la ausencia de lineamientos explícitos institucionales al respecto, en el contexto de que algunos servicios y/o sectores de nuestro hospital son percibidos con diferente nivel de afinidad ideológica con el aborto. Esta ausencia de política institucional y/o este déficit en su comunicación y/o implementación, obliga a que las decisiones de la práctica clínica queden supeditadas al criterio del efector, quien se ve obligado a la búsqueda de circuitos informales -con el estrés laboral que esto implica- para el abordaje de cada caso particular, y a autogestionar algún tipo de capacitación en esta problemática de manera individual. De esta manera, la ausencia de lineamientos claros termina funcionando como una barrera al acceso a la salud desde la perspectiva del derecho a la ILE.

A su vez, dentro de la institución, nos encontramos con algunos sectores resistentes a abrir y favorecer la implementación de ILE de manera explícita, y con otros que comparten los aspectos éticos, la perspectiva de derechos y la decisión política de garantizar el acceso a la salud desde una concepción integral. En los servicios donde predomina la atención ambulatoria -puerta de entrada al sistema de salud-, las jefaturas mostraron una buena predisposición para dar respuesta a las pacientes que solicitan la ILE.

“... el jefe de servicio intenta y de nuevo viene todo esto de la legalidad.. intenta mantener todo en regla de modo tal que ni la institución ni el servicio tengan problemas. Entonces, eso se trata siempre de cuadrar el caso para tratar de que entre dentro de lo aceptado institucionalmente y muchas veces se

generan bastantes choques en términos de situaciones grises”

Obstetricia, F

“Ahora sí un poquito off-the record (sic), mientras no se arme quilombo hagan lo que quieran”

Gerencia, M

“Te vienen a consultar al consultorio y la bajada es “tranquilos, hasta que no sea una cosa que urja, hagámonos los disimulados, enténdes?”... Eso es una bajada tácita. No está escrito en ningún lado, es todo tácito”

Ginecología, F

“...para mí las bajadas de línea son de Dirección para abajo pero son tácitas. No hay una bajada de línea en un mail (diciendo) esto no se hace. Son tácitas. Alcanzan, yo tengo muy poco filtro, a todas las personas. Para mí hay una bajada de línea tácita. O sea, llegaste acá. No rompas la paciencia”

Ginecología, F

“Un aborto clandestino de una paciente del hospital es un escándalo. No puede ser”

Gerencia, M

Aspectos vinculados directamente a la práctica

En este eje nos centraremos en aspectos vinculados a la práctica asistencial, a través de un recorte que incluye el abordaje habitual de las consultas, de los procedimientos y de la prescripción del misoprostol, sin dejar de analizar la repercusión que tiene esta problemática a nivel personal y profesional.

Lejos de tratarse de un tema nuevo, la problemática del aborto viene atravesando la práctica médica desde al menos 25 años. En este sentido, la llegada del misoprostol como tratamiento farmacológico no invasivo dio lugar a un nuevo paradigma que habitó la finalización de embarazos a través de una prescripción que puede realizarse en forma ambulatoria. Esta opción terapéutica convierte a la finalización del embarazo durante el primer trimestre en una práctica mucho más segura y accesible, ya que disminuye la realización de prácticas invasivas, evita que sea indispensable la participación de profesionales de especialidades quirúrgicas y reduce la necesidad de hospitalizaciones.

Los y las profesionales entrevistados/as que cuentan con mayor antigüedad en la institución trazaron un recorrido histórico que se vio acelerado a lo largo de los últimos años respecto del acceso a estas prácticas -y también vinculado a sus aspectos técnicos-, marcando diferencias importantes con sus experiencias profesionales previas, fundamentalmente vinculadas a la disponibilidad del misoprostol. Por ejemplo, algunos de ellos comentaron que durante sus inicios en la práctica profesional era considerado recomendable -e incluso necesario-, contar con el teléfono de algún/a especialista que realizara abortos, para poder dar respuesta a solicitudes de interrupción del embarazo. Esta *necesidad* se enmarca en una época en la que la única opción para finalizar un embarazo era a través de una práctica intervencionista, como el legrado.

El vínculo previo con la persona gestante

La mayoría de los y las profesionales entrevistados/as mencionó haber tomado contacto con casos vinculados a ILE a través de su consultorio, –algunas pacientes ya eran conocidas por ellos/as y otras ocurrieron en el contexto de *primeras consultas*– o bien a partir de consultas en la central de emergencias. Otros/as recordaron derivaciones o interconsultas por parte de colegas del hospital –de su mismo servicio u otros–, por ejemplo en forma telefónica, por correo electrónico o simplemente por una derivación *de pasillo*.

Como era de esperar, la existencia de un vínculo previo entre la paciente y el/la profesional de la salud condicionaría un mayor compromiso por parte de este para garantizar la realización de la ILE. Por ejemplo, aquellos/as médicos/as de cabecera (pediatras, médicos/as de familia, clínicos/as o ginecólogos/as) de pacientes con situaciones pasibles de ser enmarcadas como causales de salud materna, se mostraron más dispuestos/as a acompañarlas, incluso sintiéndose sin el conocimiento técnico suficiente, y solicitando en estos casos asesoramiento y/o derivación a colegas con mayor experiencia en el tema.

Los y las profesionales que no reciben ni llevan adelante consultas de ILE comunicaron que, ante esta situación clínica, realizan una derivación del caso a otro profesional de la institución o bien al sistema estatal. Otro aspecto a destacar, que indagamos específicamente en las entrevistas, fue la comparación con el sistema público (hospitales públicos y centros de salud y acción comunitaria o CESAC) en cuanto al acceso a la ILE. Si bien la mayoría no trabaja en ese sector, coinciden en la creencia de que allí hay un mejor acceso a la interrupción, probablemente a expensas de un mejor acceso a la medicación y a la ausencia de la figura de objeción de conciencia de las instituciones públicas de salud, como sí ocurre de hecho en los establecimientos privados sanitarios religiosos de la CABA.

Posibles causas de la implementación de estos circuitos incluyen la objeción de conciencia, un insuficiente vínculo previo entre el médico/a y la paciente, la percepción del/la profesional de que su capacitación en ILE es deficiente, y la incomodidad frente a este tipo de consulta, que también está presente en profesionales con buena disposición a garantizar la práctica.

La problemática de la falta de capacitación atraviesa a los y las entrevistados/as en diferentes momentos de sus discursos. La mayoría no recibió capacitaciones formales sino que presenciaron ateneos a propósito de un caso, clases aisladas o formación informal, *de pasillo*. Por capacitación formal se entiende aquella que provista por la institución en la cual se desempeñan los entrevistados (en este caso, el HIBA) y que tiene como objetivo conocer y mejorar la práctica de la ILE en sí misma, incluyendo todas sus aristas. La ausencia de formación en este tema involucra al menos uno de los siguientes aspectos: el marco legal (cuáles son las circunstancias o causales por las cuales está permitido interrumpir legalmente un embarazo), las características del procedimiento (cuestiones operativas vinculadas a la administración de la medicación, dosis, intervalos, efectos adversos, exámenes complementarios que deben considerarse) y la forma de documentar en la historia clínica estos episodios de cuidado.

La prescripción del tratamiento farmacológico

La prescripción y el acceso efectivo al misoprostol fueron identificados como aspectos conflictivos del proceso de cuidado de las pacientes con ILE, probablemente por temores de los y las profesionales de la salud respecto de la cuestión legal, y también por la ausencia de una normativa explícita en el sistema de farmacias responsable de su dispensación. Fueron muy pocos/as quienes afirmaron haber confeccionado una receta de misoprostol, –por miedo a *poner el sello*–, y cuando lo hicieron, fue frente a

situaciones extremas en las que existía poco margen para dudar de las causales que llevan a la interpretación del caso como ILE, como lo es un embarazo producto de una violación. Destacamos que, para evitar que la farmacia obstaculizara la dispensación del misoprostol, algunos profesionales relataron haber *camuflado* su prescripción a través de la confección de una receta del preparado farmacéutico Oxaprost® (combinación de misoprostol y diclofenac) a nombre de un varón y asociado a algún diagnóstico vinculado con problemas osteomusculares.

La obtención del misoprostol

Una vez que la receta ha sido confeccionada, existen diversos circuitos de adquisición de la medicación: compra en la farmacia institucional, compra en una farmacia externa y activación de circuitos paralelos.

A pesar de que en la farmacia institucional está disponible el misoprostol, hemos documentado obstáculos a su dispensación vinculados a la realización de preguntas que no suelen ser formuladas por su personal ante otras situaciones de dispensación de medicamentos de uso potencialmente inapropiado. Entre las preguntas realizadas se destacan las que interrogan si la paciente sabe para qué sirve lo que está comprando, si conoce cuántas pastillas debe aplicarse, si conoce sus riesgos, etc.

Estas experiencias que hemos documentado durante la dispensación de misoprostol reflejan, como mínimo, un enfoque paternalista que en una situación tan vulnerable, algunas pacientes podrían interpretar como un juicio de valor. Esta conducta del personal de la farmacia podría estar vinculada al temor de quien dispensa el fármaco a verse involucrado en problemas legales, a la falta de capacitación en la problemática de la ILE, a la ausencia de protocolos o lineamientos institucionales y a motivos basados en creencias propias, enmascaradas en el concepto de objeción de conciencia.

Respecto a las farmacias que se encuentran por fuera de la red hospitalaria, identificamos dos importantes barreras: o bien no disponen de misoprostol, o cuando lo tienen, lo venden a un precio muy elevado y sin aplicar los descuentos que corresponden a la cobertura de la paciente. Estas barreras para la obtención del misoprostol dilatan los tiempos para llevar a cabo la ILE, lo que implica mayores riesgos para la persona gestante.

Estas dificultades para acceder a la medicación obligan a que la paciente recurra a circuitos informales de venta de misoprostol, que a veces hasta llegan a ser recomendados por los profesionales intervinientes. Estos circuitos *paralelos* incluyen páginas de Internet con sistemas de entrega de misoprostol a domicilio (*delivery en moto*) y agregan otro ingrediente más de inseguridad e incertidumbre a la paciente, exponiéndola además a los riesgos del consumo de preparados farmacéuticos que podrían no contener el principio activo requerido, o bien estar vencidos o haberse dañado por condiciones de conservación inadecuadas.

La interrupción legal del embarazo durante el segundo trimestre

Estos casos fueron descriptos como más complejos debido a que requieren internación y optimización del manejo del tiempo. Las ILE durante el segundo trimestre suelen resolverse dentro de la institución y muchas veces requieren de una evaluación interdisciplinaria, que incluye a los Servicios de Obstetricia y Psiquiatría, y al Comité de Bioética. A su vez y debido al mayor desarrollo del embrión, los embarazos que han llegado al segundo trimestre movilizan en los y las efectores de salud sentimientos más profundos que los embarazos más tempranos –aún entre quienes se manifiestan a favor del aborto legal, seguro y gratuito–, y mayores resistencias a la implementación de ILE, que en estos casos implican una intervención quirúrgica.

Diferentes coberturas de salud implicarían diferente compromiso

El HIBA es un hospital universitario que atiende en forma predominante a población de clase de media del Área Metropolitana de Buenos Aires y cuenta con un Seguro Privado de Salud denominado Plan de Salud, que funciona como un plan cerrado, ya que sus afiliados solo tienen la posibilidad de consultar con efectores de la institución. Por otro lado, el HIBA también funciona como un prestador de otras coberturas de salud (del Sistema Privado y de la Seguridad Social).

Por lo tanto, las afiliadas al Plan de Salud-HIBA no tienen la posibilidad de acudir a otros efectores del sistema privado de salud cuando se encuentran en una situación que amerita una ILE, lo que obliga a que el personal de nuestro hospital se comprometa a proveer una respuesta y a no derivar a la paciente a otra institución. Por el contrario, las personas gestantes con otras coberturas de salud pueden recibir atención también en otras instituciones prestadoras (sanatorios, clínicas, hospitales, centros de salud, etc.). Este dato no es menor, ya que en algunos referentes entrevistados, además del temor a que la demanda por este problema de salud supere a los recursos humanos disponibles para afrontarlas, detectamos la preocupación por evitar que este hospital comience a ser identificado como una institución amigable con la ILE y a que comience a recibir cada vez más derivaciones para realizar esta práctica, lo que podría conducir a afectar de manera negativa su prestigio académico. Dicho en otras palabras, detectamos un mayor compromiso institucional para dar respuesta a las ILE en afiliadas al Plan de Salud, y por el contrario, un compromiso menor para con las pacientes con otras coberturas de salud, en quienes –desde la mirada *puertas adentro*– sería mejor vista una derivación a otros prestadores de salud que se encarguen de efectivizar la ILE, lo que evitaría *comprometer* el prestigio académico de nuestro Hospital.

Por último, destacamos una buena predisposición de los y las profesionales a acompañar a las pacientes durante este tipo de situaciones, pero una gran reticencia a realizar la prescripción farmacológica, que operaría como un límite al acompañamiento, probablemente debido a que los profesionales no se sienten capacitados para realizarla. En este sentido, muchos hablaron de ofrecer consejería y asesoramiento en cuanto a los circuitos para ellos antes descritos para la obtención de misoprostol o de derivar a la paciente a otro colega o institución. Por último, algunos/as coincidieron en tener la sensación de que, llegado a un punto del proceso de cuidados, se le *suelta la mano* a la paciente. Sin embargo, una pequeña parte de los y las profesionales entrevistados/as afirmó acompañar a las pacientes en situación de ILE desde el inicio de su búsqueda de cuidados hasta su resolución, armando durante este trayecto un circuito en el que intervienen diferentes actores e instituciones, principalmente del sistema de salud estatal.

Como podemos observar, la heterogeneidad de la práctica que acabamos de describir refleja la ausencia de lineamientos institucionales –ver eje *Política institucional*– respecto del manejo de la ILE, lo que conduce a que el recorrido y la experiencia de cada paciente estén profundamente influidos por la predisposición de los/las diferentes profesionales a quienes acude pidiendo ayuda y por el circuito de atención que termina activándose en cada caso.

“...tener en tu agenda el teléfono de un abortero...”

Pediatría, M

“A mi cada vez que me llaman me matan porque estás en una encrucijada en donde querés ayudar pero ya no depende de vos porque la medicación no se encuentra, y pasa, y es carísima...”

Pediatría, F

“...la verdad es que muchas veces pasa que le hacés la receta y no se lo quieren vender...”

Obstetricia, F

“Conseguí la medicación en una farmacia en Chacarita que las vendía sin receta (el dato de la farmacia lo obtuve de la médica que consulté), luego vino a una consulta en donde le explique cómo usarlas y sobre los posibles escenarios y motivos de consulta a la guardia”

Medicina Familiar, M

“...cuando yo arranqué la residencia era impensable pensar en asesorar a una mujer en cómo ponerse el oxa...”

Obstetricia, F

“...respeto, ponerse al hombro, dar respuesta...”

Pediatría, M

“En el HIBA... no quiere quedar como “Hospital que hace abortos” frente a sectores conservadores de la corporación médica y la opinión pública...pero quiere por otro lado que haya un grupo “progre” que lleve la voz cantante aunque no sea la oficial”

Medicina Familiar, F

Objeción de conciencia y objetores

Este eje hilvana cuestiones que tienen que ver con la práctica, las creencias, la política, la ética y el contexto.

En general la mayoría de los y las entrevistados/as tienen algún conocimiento sobre el concepto de objeción de conciencia y sobre el derecho de los trabajadores de la salud a ampararse en esta figura ante la consulta de una persona gestante que solicita la ILE. A su vez, todos y todas coincidieron en que esta situación no debe dilatar ni entorpecer el acceso a la práctica y que quienes sean objetores deben conocer, al menos, cómo iniciar los primeros pasos de la atención y cómo realizar una derivación oportuna. Sin embargo, surgieron aspectos vinculados al concepto de objeción de conciencia en sí mismo y al desconocimiento de cómo abordar una situación de objeción. Por ejemplo, se mencionó que un profesional podría objetar una interrupción en determinada situación o paciente en particular, pero quizás acceder a realizarla frente a otro caso.

Al indagar sobre cómo debería manejarse la objeción de conciencia entre los trabajadores de la salud, documentamos discrepancias en el discurso de los entrevistados. Por un lado, en general, manifestaron desconocer cómo es el manejo en sus ámbitos de trabajo o qué repercusiones podría tener la posición de objeción de uno de los integrantes de un servicio y, por otro lado, mencionaron que dicha situación de objeción de conciencia no generaría problemas de acceso a la ILE de una paciente en particular. A su vez, manifestaron no identificar oportunidades de mejora en este aspecto, lo que podría interpretarse como que dicho problema no existe o está invisibilizado, o bien, simplemente como una actitud tendiente a evitar conflictos y a no modificar el *status quo*.

Conforme a la legislación y como era esperable, en ninguna entrevista surgió el concepto de *Objeción de Conciencia a Nivel*

Institucional. Sin embargo, en los niveles jerárquicos identificamos la preocupación por confeccionar un registro de los profesionales de cada servicio que sean objetores de conciencia, garantizándoles una protección institucional que respete sus valores morales. En este punto, hubo discrepancias respecto de si dicha información debiera ser pública o confidencial.

“...como ustedes sabrán, acá la mujer que viene a la guardia puede decir tranquilamente que se está haciendo un aborto con pastillas. O sea, nunca hemos tenido ningún problema por más que tenemos varios residentes y médicos que son objetores de conciencia no hemos tenido inconveniente en el sentido de que nadie las maltrata y nadie las va a denunciar...”

Obstetricia

“...desconozco que haya lista de objetores en el hospital pero uno ya sabe más o menos quienes son los que tienen esta dificultad...”

Pediatría, F

“Cómo se maneja su servicio con los objetores de conciencia? -Desconozco. Tengo entendido que tienen la posibilidad de derivar el caso a referentes conocidos, no objetores”

Medicina familiar

“Antes el que tenía objeción de conciencia se oponía, ahora se corre. Yo creo que tiene derecho a correrse en la medida en que haya otro profesional u otro lugar donde la puedan atender a la paciente y garantizarle sus derechos. De todas maneras, estamos hablando más de la interrupción no legal; en cuanto a la ILE es legal... Sin duda es un tema en donde puede haber objeción de conciencia y es entendible en cuanto a las creencias y bueno... , yo trato de ser bastante comprensivo... en esa circunstancia siempre y cuando haya posibilidad de resolverlo a ese problema”

Pediatría, M

“...hice consultas a colegas, porque por mis valores no podría practicar un aborto, por lo que en el caso de mi paciente quería ponerla en contacto con otros colegas, y me asesoré”

Medicina Familiar, M

“Sobre todo por la estructura familiar que tengo, y demás, ¿no? Ahora..., em..., como el ejemplo este de la guardia, cuando ya me tengo que ocupar de los demás...bueno ahí ya...soy un poco más flexible y es como una objeción de conciencia parcial en realidad lo que tengo. Porque...en algún punto digo: “che, yo de esto no me voy a ocupar, o no me puedo ocupar”, pero trato de facilitar el acceso a alguien que sí, digamos. Entonces, medio ahí...como te digo, es contradictorio porque yo no lo tengo claro. Pero sí, sé que

en esta objeción de conciencia que tengo yo, no voy a ser un entorpecedor, digamos...no voy a obstaculizar el acceso. ¿Está bien? No sé dónde me deja parado eso, pero...pero un poco lo que pienso hoy”

Gerencia, M

“¿Piensa que en el HIBA y/o en su servicio existe algún lineamiento tácito sobre el aborto ya sea tanto en la práctica, la comunicación o el acceso a la medicación? ¿qué piensa de esto?” -“Sí. Pienso que en épocas donde la ley era más restrictiva esto era mucho más necesario para aquellos servicios que querían facilitar el acceso. Ahora creo que es más funcional para aquellos servicios que funcionan como objetores (o quisieran funcionar como objetores)”

Medicina Familiar, F

Lo legal o jurídico

En este eje se desarrollan principalmente las cuestiones relacionadas con la ley y sus causales (salud y violación) en el marco jurídico restrictivo vigente hasta diciembre 2020: aborto legal únicamente bajo causales.

Como hemos mencionado, todas estas cuestiones están relacionadas con los demás ejes, fundamentalmente con la política institucional y los aspectos relacionados con la práctica.

Respecto de la causal violación, en general, todos los entrevistados coinciden en que cualquier situación de violación amerita realizar una ILE. Sin embargo, suelen desconocer cuáles serían los pasos a seguir y, por ejemplo, si deben legitimar y/o verificar la veracidad del hecho.

La causal salud, por otro lado, generó discrepancias entre los entrevistados, quienes explicaron que la ley está redactada en forma escueta y sin mayores especificaciones. Varios entrevistados sostienen que, si tiende a tomarse en cuenta la definición de salud integral de la Organización Mundial de la Salud, tienden a aumentar las solicitudes de ILE amparadas por la Ley. De esta manera, para *elaborar* la causal salud, los entrevistados mencionan la necesidad de contar con el respaldo de otra especialidad, sobre todo en situaciones donde el pilar de la causal estaría vinculado con la salud mental y/u otros aspectos sociales.

A su vez, aquellos profesionales que se ven involucrados en la atención de pacientes con embarazos más avanzados (p. ej., segundo trimestre), se mostraron preocupados por la interpretación de ciertas causales y por quedar expuestos ante las Sociedades Científicas y ante la comunidad en general, como profesionales de una institución *abortera*.

Incluso en quienes se muestran más alineados con el concepto de salud integral, hemos notado preocupación e incertidumbre sobre la responsabilidad legal del profesional a cargo a la hora de definir si una solicitud de ILE se encuadra en una causal de salud, y también respecto del respaldo que recibirá a nivel institucional, de su propio servicio u otros servicios hospitalarios.

Destacamos un mito que surgió en las entrevistas sobre las diferencias entre el ámbito privado y el estatal en relación con la posibilidad de definir una causal de salud con un criterio integral. Varios mencionaron que es más fácil realizar una ILE con causal de salud en el ámbito público de CABA, como si en ese contexto dicha práctica fuera más legal que en el sector privado.

Observamos que los directivos y gerentes de diferentes niveles de gestión poseían un escaso conocimiento de las normativas legales actuales y de las causales de ILE, que se evidenció a través de una interpretación confusa en relación al significado de la

ley, del protocolo de implementación de la ILE y, con menos frecuencia, respecto del fallo FAL. Como señalamos en el primer eje, este desconocimiento implica que esta temática no se encuentra en la agenda institucional, lo que opera como un obstáculo de acceso a la ILE a través de la ausencia de un respaldo institucional explícito, de normativas claras y de capacitación a los y las profesionales de la salud.

“En mi opinión este concepto depende de la postura que se tome frente al aborto, porque sobre todo con la causal salud, la interpretación puede ser amplia, tanto restrictiva, solo habilitando prácticas de aborto en condiciones de riesgo de muerte, o aplicando el aborto en situaciones que sin poner en riesgo la vida de la paciente, sí la perjudica en algún campo...”

Medicina Familiar, M

“Creo que esa es la gran limitante que tenemos. Si nosotros tuviéramos un marco legal que fuese un poco más eh... , que efectivamente salga la ley de despenalización del aborto, yo creo que no tendríamos ningún inconveniente en hacer lo que haya que hacer con quien haya que hacerlo. El tema es que es todo muy a la libre interpretación porque yo interpreto ILE como cualquier embarazo no deseado y hay muchos médicos y jueces que no lo interpretan de esa manera. Ahí tenemos un agujero donde depende quién te agarre qué te pase y qué no te pase”

Obstetricia, F

“Lo que me resulta más inadmisibles, es esta diferente valoración dependiente del subsistema al que uno pertenezca, ¿no? Yo a veces me enoja, y digo: “Parece que tuviéramos Códigos Penales para cada lugar”, ¿no? Entonces, hay un Código Penal para el subsistema público y otro para el privado”

Pediatría, F

“El miedo a tener problemas legales principalmente y escraches de grupos provida/anti derechos por el otro...”

Medicina Familiar, F

“Pero sí estaban los abogados del hospital, donde dijeron que bueno, en realidad... yo acababa de salir del congreso de ginecología infanto-juvenil, donde había escuchado hablar a la Dra. Garribos, una jueza donde al final de la charla, agarró el micrófono y dijo: “... recuerden que van a ser juzgados por lo que no hicieron, no por lo que hagan”. Y me quedó, y yo no lo podía creer escuchar el: “bueno, no, pero tenemos que ver, porque van a decir que éste es un hospital de abortos...” -... - y saltó el abogado del hospital para decirme que... pero yo digo “escúchenme una cosa, yo acabo de escuchar a la Dra. Garribos que dijo esto”, y fue tan clara... “no, no, no, pero ella en realidad no habla de la Ley, ella habla de un fallo, que no tiene nada que ver con la ley”

Ginecología, F

Contexto y subjetividad

La biografía de cada persona contextualiza su práctica y a su vez, cada práctica construye contexto, dejando una impronta que transforma las biografías propias y las ajenas. A su vez la política, lo jurídico y el momento histórico-social, son todos aspectos que dibujan el gran contexto, inscribiéndose allí lo institucional, donde cada uno de nosotros se ubica como parte del equipo de salud. De esta manera pueden reconocerse un nivel macro (contextual) con un sustrato histórico y social; un nivel meso representado por el entorno directo en el cual estamos inmersos en nuestra práctica cotidiana y un nivel personal, que tiene que ver con el aspecto biográfico y subjetivo de cada uno de nosotros como persona que a su vez deja una impronta en nuestro hacer profesional.

Nivel macro. Los entrevistados resaltaron la potencia del movimiento de mujeres como uno de los elementos que han favorecido la visibilización de la problemática del aborto dado que se ha puesto en agenda el lugar de la mujer, -su autonomía y el reconocimiento de sus derechos-, y a su vez, ha ido modificado la actitud de la respuesta sanitaria en cuanto a los modos de entender algunos problemas como la salud reproductiva y la violencia de género. En las entrevistas se mencionó que, aún en la actualidad, el aborto continúa siendo un tema *tabú*, un estigma social, en cuanto a creencias y más allá de lo legal.

Nivel meso. Desde el nivel meso -el hospitalario per se-, nuestros entrevistados hicieron hincapié en la cuestión de la imagen institucional, transmitiendo la idea de que *se hace lo que hay que hacer, pero sin que se sepa abiertamente o demasiado*. Por otro lado, cabe mencionar que, sin llegar al etiquetamiento, algunos servicios o sectores del hospital son percibidos como más progresistas y otros, como más conservadores. Muchos afirmaron conocer las posturas de las diferentes personas y sectores de la institución, así como sus límites, lo que los ayuda a no traspasarlos y a comportarse con *corrección política*. Desde el nivel jerárquico, se resaltó la permeabilidad que existiría en nuestro hospital y el hecho de que se brinda libertad de accionar desde un lugar individual, pero siempre con la premisa de evitar que la institución quede visiblemente asociada a alguna posición ideológica o política en particular. Dicho de otra forma, el hospital adopta políticamente una posición de neutralidad frente a la ILE.

Nivel individual. El mundo biográfico contiene la diversidad individual de cada entrevistado, sus creencias, sus experiencias propias o cercanas, y por ende su cosmovisión. Por ejemplo, los creyentes cristianos expresaron que realizaban el esfuerzo de entender las creencias de otras personas gestantes autónomas. Si bien alguno expresó el dolor que le causa indicar o derivar a una persona que requiere una ILE, entendía que la derivación a otro colega es el camino para garantizar el derecho de las personas a acceder a esta práctica. Las creencias se hicieron también visibles cuando algunos entrevistados mencionaron que el rol del equipo de salud está ligado a la vida y que no lo pueden imaginar actuando en una situación de aborto.

“Las discusiones que hay hoy no tienen nada que ver con las que había años atrás. Antes nos escondíamos y ahora no. No nos queda otra que cambiar porque somos parte de la sociedad también. Pero sí creo que los médicos son pocos los que lideran los cambios. Más bien vamos hacia atrás. Fundamentalmente porque nos tenemos que mover de un paradigma científico bastante estructurado y tenemos que incluir algunas otras cosas en nuestra cabeza para las que no estamos preparados. Por lo menos no fui preparado yo”

Pediatría, M

“Hay mucho tático en esto ... Depende del momento en el que esto sucedía: quizás ahora uno puede decirlo”

Pediatría, M

“¿A mí sabés que me parece? que lo que cambió o está cambiando todavía, pero cambió mucho es la mirada macro de la situación de la mujer y de esa cosa puntual. Esto que yo te decía, el otro día me decía. ... tengo una paciente, amiga, que vino acá al hospital, tiene metrorragia. ... La piba tiene 40 años, una pareja hace 10-15 años, no sé cuánto, y son unos pibes muy así hippones (sic) por así decirlo, no van a tener hijos ni nada... Sin embargo, me dice, me tuvo que bancar adelante de mi familia que venga el ginecólogo que me va a operar diciéndome no te quiero operar porque vos todavía tenés que tener familia. Y esto a ella le resulta, y a mi hija que tiene 20 años, totalmente violento que un médico le diga. ... que la asuma como una futura madre”

Clínica Médica, M

“En la primera, en 2015, la interrupción del embarazo era un tema del que no se podía hablar abiertamente. La paciente tenía claro que quería interrumpir el embarazo y estaba dispuesta a hacerlo a cualquier costo de su salud!”

Medicina Familiar, F

“Nadie desea pasar por una situación así, entonces, a mí...mi temor es que...supongamos que esto se apruebe...que puede pasar, o no... no lo sé...que esto se tome, como algo normal, como una rutina. Vos decís...me vengo a hacer un análisis, me vengo a hacer un aborto, una interrupción legal del embarazo...que no debería ser así, que el tema no debe ser manoseado de esa manera, que solamente en situaciones donde no podés... ¿no? No por un descuido... “che no me importa, total después interrumpo...”. Eso es lo que a mí me hace ruido con eso. Que a veces, como al principio, la novedad...que todo el mundo va a tener cierto cuidado y después, como que se hace la normalidad. Y en la normalidad, va a haber gente que dice: “no me importa total...después...lo interrumpo”. [...] Esa es la mirada que yo no quiero que haya frente al tema. Eso es lo que a mí me preocupa de este tema en particular”

Farmacia, F

“Fue y sigue siendo un tema tabú, pero creo que se visibilizó mucho más desde que se discutió en el Congreso”

Medicina Familiar, F

“Es un tema incómodo que la gente solía no querer hablar y ahora se visibilizó más. Son esos temas que la mayoría de los grupos no quiere hablar porque le son incómodos...”

Pediatría, M

“Mi servicio no quiere tener la imagen de que resolvemos lo que el resto no quiere o puede o no tiene ganas de hacer. Es una discusión que en el servicio se genera bastante seguido porque son pacientes que vienen del exterior del hospital que tal vez no hacen ni seguimiento ni consultas ni del diagnóstico prenatal en el hospital pero vienen al hospital a hacer su interrupción porque el hospital para eso es amigable en cierta forma. Entonces, genera dentro del seno del servicio bastante ruido”

Obstetricia, F

“...como antes esto era una cuestión instrumental tenías que saber hacer un legrado para poder resolver esta situación, al ser medicamentoso, digamos, esto fue un paso enorme hacia una técnica más privada, en el seno de la relación médico paciente, pero bueno, el tema es que el médico sepa cómo hacer, cómo derribar y que no sea un tema en sí mismo. O sea por un lado estamos a años luz de lo que pasaba cuando yo era chica por ejemplo. Por suerte. Porque en ese caso tenías que recurrir a obstétricas que hacían el procedimiento, o sea situaciones mucho más violentas todavía, así que yo supongo que también esto irá ganándole al mercado ilegal de la interrupción legal del embarazo...”

Bioética, F

“Momentito, primero, el movimiento de mujeres. Tremendo. Casi te diría lo único bueno. La segunda cosa: la visibilidad del aborto que era un tema que estaba debajo de la mesa, hoy está arriba de la mesa y eso es por el movimiento de mujeres. Y cuánto más tetas al aire, cuánto más pintadas, cuánto más lesbianas, más impacta. Aunque te moleste impacta más. El problema existe”

Obstetricia, M

Discusión

El objetivo que nos propusimos en esta investigación fue el de identificar barreras y factores facilitadores al acceso a la ILE - dentro del marco jurídico vigente hasta diciembre 2020-, a través de un recorrido hacia el interior de nuestra institución, un hospital del subsector privado de salud de la CABA, mostrando cómo se posiciona frente al aborto en Argentina. Si bien a partir de enero 2021 la IVE es legal en todo el territorio nacional, consideramos que este trabajo aporta elementos para tener en cuenta a la hora de reflexionar, revisar y generar acciones de mejoras, dado que tanto la ILE como la IVE comparten obstáculos para ser garantizadas. En el reporte de resultados se visualiza lo significativo y lo singular de la institución, lo que ofrece la oportunidad de pensar propuestas de mejora de la calidad de la atención y garantizar

derechos en salud. Creemos que el hecho de que quienes investigamos seamos profesionales del área asistencial involucrados en la problemática que se recorta, principalmente en el acceso a la práctica ILE, resultó valioso para explorar en profundidad algunos aspectos (tanto facilitadores como barreras) que mencionaron los entrevistados en los encuentros sincrónicos.

Para contextualizar nuestro trabajo, debemos detenernos en algunos puntos. Uno de ellos es la objeción de conciencia, elemento clave al momento de analizar las barreras al acceso a la ILE en nuestra institución y tema de discusión, a nivel mundial, en cuanto a su alcance y significado. Destacamos que su uso abusivo sin cierto control del Estado puede resultar en un riesgo para la salud de las mujeres; un punto que, además de su costado legal o de derecho del profesional, merece también una mirada bioética¹⁰⁻¹⁵. Además se plantea el interrogante respecto a si en realidad se apela a la objeción de conciencia debido a convicciones morales del profesional o bien se la usa para evadir la práctica, para no comprometerse o porque no se recibe un reconocimiento económico, lo que conduce a que la intervención termine siendo realizada por unos pocos profesionales comprometidos con la salud de las mujeres^{16,17}. No obstante, debería quedar claro que, en el contexto del aborto legal, la objeción de conciencia será legítima solo cuando haya otro profesional igualmente capacitado y accesible para efectuar la práctica. Entonces, si bien se presenta como un instrumento valioso en el marco del pluralismo, podría tergiversarse hacia una reacción frente al cambio¹⁸. En la institución en la que se llevó a cabo el estudio es un asunto pendiente de definir y/o consensuar, por ejemplo, con reglas generales y/o por servicio, en forma abierta/pública o mediante un registro confidencial, etc. La objeción de conciencia necesita un debate interno, en cada sector y a nivel directivo, en el que se respeten las creencias del/la profesional, pero la prioridad sea el derecho de la persona gestante por sobre el de los miembros del equipo de salud que la asiste. En el caso de que la postura de cada profesional ante la ILE no resulte transparentada en forma pública, consideramos que este aspecto no contribuirá a mejorar el proceso de las derivaciones y persistirá como un obstáculo para que las propias usuarias puedan identificar de antemano a los profesionales con un perfil que se adapte lo mejor posible a sus necesidades de cuidado.

La heterogeneidad de la información acerca de la ILE aportada por nuestros entrevistados pone en evidencia la necesidad de instancias de capacitación para adquirir las competencias necesarias para garantizar que los episodios de cuidado de las pacientes con ILE sean llevados adelante con buenos estándares de calidad. Este punto, el vacío en cuanto a la capacitación formal del equipo de salud, es un problema también reportado en diferentes publicaciones, lo que remarca la necesidad de contar con recursos formados, fundamentalmente en obstetricia, ginecología, medicina general/familiar, medicina interna y pediatría¹⁹, ya que representa una falencia de los programas de grado, de residencias y de las instituciones sanitarias. Por estas razones, consideramos que la capacitación es un componente que requiere desarrollo institucional²⁰⁻²³.

Una de las principales limitaciones de esta investigación es que sus resultados son inherentes a la institución a la que pertenecemos (el Hospital Italiano de Buenos Aires) en un recorte histórico determinado y, por lo tanto, no son necesariamente extrapolables a otros efectores de salud del subsistema privado y de la seguridad social. Sin embargo, encontramos consistencia con publicaciones nacionales en los ejes narrados y en las categorías que los construyen: la falta de capacitación, la dificultad para la prescripción del misoprostol, el desconocimiento del marco jurídico local y los temores vinculados a estas cuestiones. Nuestros hallazgos también son concordantes con la bibliografía que ha analizado las barreras y los factores facilitadores a la ILE^{20,24,25} respecto de las políticas institucionales y los problemas de acceso a la medicación. Sin embargo, existen además otras barreras en el sistema sanitario que dificultan su implementación, aun existiendo durante la realización de esta investigación un marco legal para la ILE según causales², vinculadas con las demoras al acceso a la atención y la estigmatización de las usuarias, entre otras^{20,26-32}. En nuestro país, la investigación de Ramos et al.³ documentó que el verse obligadas a obtener la medicación para realizar la interrupción en el mercado negro -debido a un déficit en la prescripción y/o en la dispensación del fármaco-, implica un fuerte impacto en la subjetividad de las mujeres e incide en la forma en la que se procesa la decisión y se accede a la ILE. En este sentido, celebramos que durante 2020 haya comenzado a elaborarse nuestro protocolo institucional para el abordaje de la ILE.

Conclusiones

Después del trabajo de campo y el análisis realizados, y asumiendo la complejidad de este tema, concluimos que uno de los puntos más relevantes para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo es contar con una política interna institucional. Esto significa un lineamiento claro y explícito, que contribuirá a reducir las ambivalencias, inseguridades y temores del equipo de salud, ya que sus miembros se sienten poco respaldados para instrumentar la ILE, e implica además la adecuada difusión de esa política al equipo de salud y a las usuarias del sistema.

También se requiere fortalecer otros componentes de la práctica de la ILE, como por ejemplo la capacitación. La mayoría de las personas entrevistadas coinciden en que la competencia del equipo de salud es un punto débil y suele ser auto gestionado, por lo que una política interna integral debería incluir la formación del equipo de salud, particularmente en aspectos procedimentales, comunicacionales, legales y con un abordaje integral. Consideramos importante mencionar la escasa sensibilización de los niveles jerárquicos y directivos respecto de este tema.

Para garantizar el derecho a la práctica se requiere de un proceso de transformación dentro del equipo de salud, lo que implica el trabajo de cada sector o servicio involucrado en la atención, con perspectiva de derecho y de género. Facilitar el acceso a una atención de calidad implica favorecer la expresión de las usuarias con una escucha empática que permita generar un vínculo de confianza para que ésta pueda expresar su problema de salud sin sentirse cuestionada.

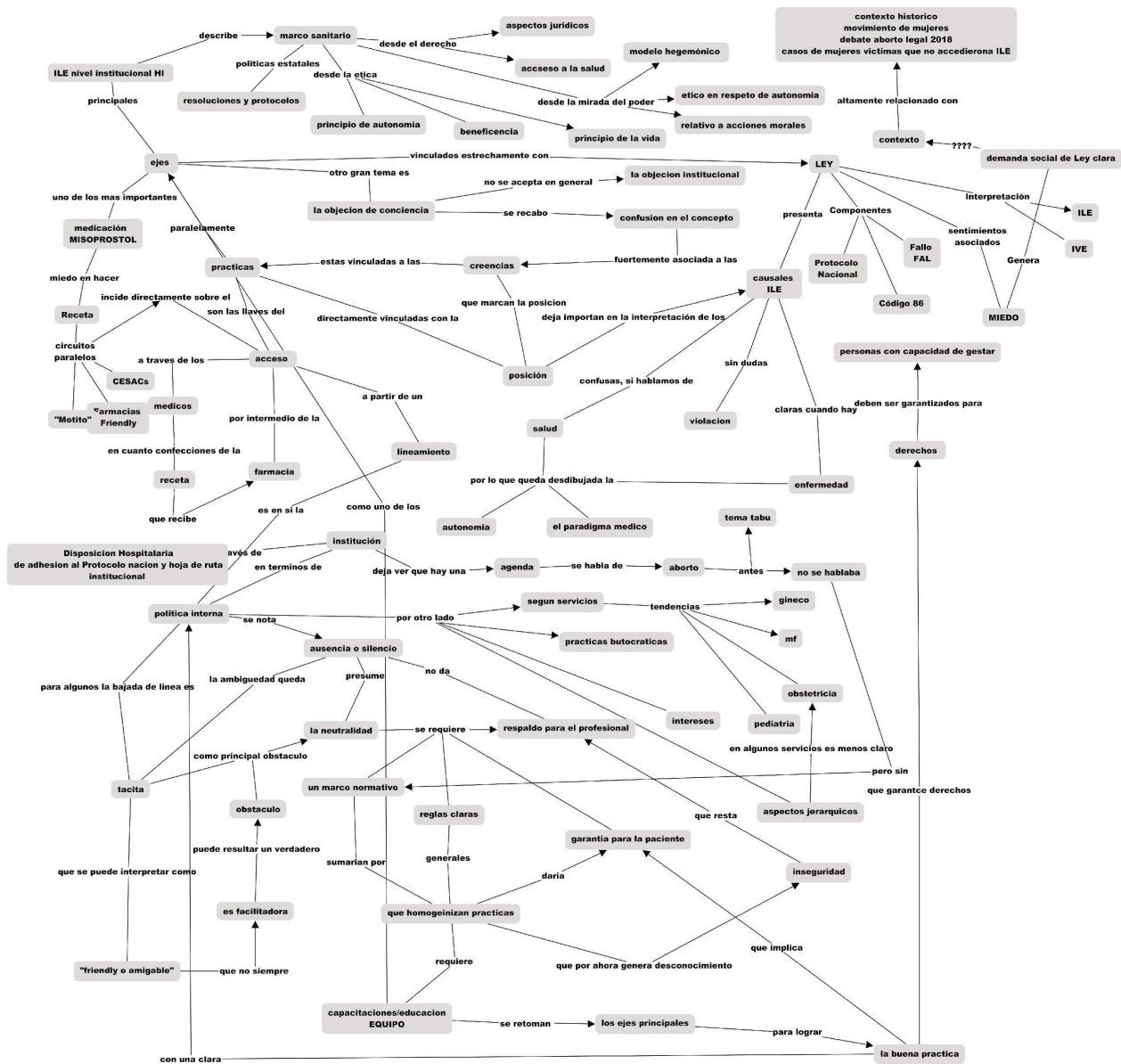
Fuente de financiamiento: III Beca del Consejo de Investigación de la Dirección Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2020.

Recibido el 04/01/2022 Aceptado el 04/03/2022
y Publicado el 04/04/2022.

Agradecimientos

A nuestros/as entrevistados por su predisposición y generosidad.
Al Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires que nos acompañó en este proyecto.
A Agustín Torres, Andrea Lombardi, Bibiana Paesano, Carolina Popich y Juana Bilbatua, alumnos del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, quienes colaboraron en esta investigación en el marco del Programa ESIN.

Figura 1. Red conceptual elaborada por los autores durante el análisis y la codificación de la información recabada en las entrevistas.



A Natalia Rosli, por su contribución como revisora de pares de este manuscrito.

Referencias

1. Infogel, Ministerio De Justicia Y Derechos Humanos, Argentina. Ley 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo; 2020. Available from: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm>.
2. Ministerio De Justicia Y Derechos Humanos Argentina. Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179. Delitos contra las personas;. Available from: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15-19999/16546/textact.htm#15>.
3. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2nd ed. and others, editor; 2012. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/.
4. Gamba S, Barrancos D, Giberti E, et al. Diccionario de estudios de género y feminismos. Biblos; 2007.
5. Argentina Corte Suprema de Justicia de la Nación . F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva; 2012.
6. Argentina Ministerio de Salud Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Msal; 2016.
7. Argentina Ministerio de Salud Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019; 2019. Available from: <http://iah.salud.gov.ar/doc/433.pdf>.
8. V D. En Argentina, durante 2018 el aborto salió del armario pero no de la clandestinidad. Evid Actual Pract Ambul. 2018;21(2):42–44. Available from: 10.51987/EVIDENCIA.V21I2.6804.

9. Argentina Presidencia de la Nación. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Decreto 297/2020; 2020. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>.
10. Macías AL. Igualdad en la atención de mujeres en situación de aborto en Argentina: un abordaje desde los obstáculos culturales. Argentina: Microjuris.com; 2019. Available from: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2019/02/19/igualdad-en-la-atencion-de-mujeres-en-situacion-de-aborto-en-argentina-un-abordaje-desde-los-obstaculos-culturales/>.
11. Johnson BR, Kismödi E, Dragoman MV, et al. Conscientious objection to provision of legal abortion care. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123(Suppl 3):S60–2. Available from: 10.1016/S0020-7292(13)60004-1.
12. Faúndes A, Duarte GA, Osís MJ. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123(Suppl 3):S57–9. Available from: 10.1016/S0020-7292(13)60003-X.
13. Bo M, Zotti CM, Charrier L. The no correlation argument: can the morality of conscientious objection be empirically supported? the Italian case. *BMC Med Ethics.* 2017;18(1):64–64. Available from: 10.1186/s12910-017-0221-x.
14. Montero A, Villarroel R. A critical review of conscientious objection and decriminalisation of abortion in Chile. *J Med Ethics.* 2018;44(4):279–283. Available from: 10.1136/medethics-2017-104281.
15. López-Gómez A, Couto M, Píriz G, et al. Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. *Salud Publica Mex.* 2017;59(5):577–582. Available from: 10.21149/7937.
16. Lertxundi R, Ibarrodo O, Merki-Feld GS, et al. Proposal to inform European institutions regarding the regulation of conscientious objection to abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21(3):198–200. Available from: 10.3109/13625187.2015.1135897.
17. Deza S. Objeción De Conciencia Y Aborto: creencias propias, violencias ajenas. *Revista de Bioética y Derecho.* 2017;39:23–52. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/783/78349731003.pdf>.
18. Navarrete A, Michel S, A. Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina. Buenos Aires: CEDES e IPAS; 2018. Available from: <https://www.redaas.org.ar/archivos-investigaciones/208-463-VFF.%20Una%20vuelta%20de%20tuerca%20a%20la%20objecion%20de%20conciencia.pdf>.
19. Cavallo M, Ramón-Michel A. La objeción de conciencia frente al aborto legal(o la reacción frente al problema del aborto legal) en América Latina. and others, editor. Bogotá: Women's Link Worldwide; 2014. Available from: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4283>.
20. Harries J, Constant D. Providing safe abortion services: Experiences and perspectives of providers in South Africa. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019;62:79–89. Available from: 10.1016/j.bpobgyn.2019.05.005.
21. Turk JK, Landy U, Chien J, et al. Sources of support for and resistance to abortion training in obstetrics and gynecology residency programs. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;221(2):156.e1–156.e6. Available from: 10.1016/j.ajog.2019.04.026.
22. Greenberg S, An NM. An Invaluable Skill: Reflections on Abortion Training and Postresidency Practice. *Fam Med.* 2018;50(9):691–693. Available from: 10.22454/FamMed.2018.529396.
23. Summit AK, Gold M. The Effects of Abortion Training on Family Medicine Residents' Clinical Experience. *Fam Med.* 2017;49(1):22–27.
24. Casas RS, Chuang CH. Medication for Abortion and Miscarriage in Primary Care: Important and Possible for General Internists. *J Gen Intern Med.* 2020;35(8):2256–2257. Available from: 10.1007/s11606-020-05919-7.
25. Aiken A, Guthrie KA, Schellekens M, et al. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. *Contraception.* 2017;97(2):177–183. Available from: 10.1016/j.contraception.2017.09.003.
26. Ramos S, Romero M, Ramón-Michel A, et al. Experiencias y obstáculos que enfrentan las mujeres en el acceso al aborto; 2020. Available from: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4580>.
27. Doran F, Nancarrow S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2015;41(3):170–80. Available from: 10.1136/jfphc-2013-100862.
28. Wagner MS, Munro S, Wilcox ES, et al. Barriers and Facilitators to the Implementation of First Trimester Medical Abortion With Mifepristone in the Province of Québec: A Qualitative Investigation. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(5):576–582. Available from: 10.1016/j.jogc.2019.10.037.
29. Chor J, Garcia-Ricketts S, Young D, et al. Well-woman Care Barriers and Facilitators of Low-income Women Obtaining Induced Abortion after the Affordable Care Act. *Womens Health Issues.* 2018;28(5):387–392. Available from: 10.1016/j.whi.2018.03.009.
30. Seewald M, Martin LA, Echeverri L, et al. Stigma and abortion complications: stories from three continents. *Sex Reprod Health Matters.* 2019;27(3):1688917. Available from: 10.1080/26410397.2019.1688917.
31. Fink LR, Stanhope KK, Roach RW, et al. The Fetus Is My Patient, Too: Attitudes Toward Abortion and Referral Among Physician Conscientious Objectors in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2016;42:71–80. Available from: 10.1363/42e1016.
32. Brack CE, Roach RW, Bernal OA. It's a Race Against the Clock: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2017;43(4):173–182. Available from: 10.1363/43e5317.