

# La situación actual del aborto no punible en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires: Perspectivas y prácticas de los profesionales de salud a partir del fallo histórico del caso “F., A.L.”



Por Sabrina Kunselman

BSc. en Salud y Biología Humana (Brown University) EEUU  
Alumna SIT-Isalud 1er semestre 2015

## 1. Introducción

Actualmente, el aborto es ilegal en Argentina con algunas excepciones estipuladas en el artículo 86 del Código Penal, según las cuales algunos casos son permisibles. Hasta 2012, estas excepciones eran cuando la vida o la salud de la mujer embarazada estaban en peligro o cuando una mujer con una discapacidad mental había sido violada y había quedado embarazada como resultado. No obstante, históricamente las mujeres que han cumplido estos requisitos para obtener un aborto no punible han enfrentado muchas dificultades para acceder a ello. Todavía en muchos casos, los doctores se niegan a practicar los abortos no punibles por una variedad de razones: creencias morales o religiosas, miedo de perder su título, implicaciones sociales y otras. Por eso, en la práctica el aborto se encuentra casi completamente prohibido (Ramos, Gogna, Petracci, Romero, & Szulik, 2001).

En 2012, la interpretación del Código Penal cambió con respecto a las excepciones no punibles con un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). A partir de este fallo, las razones para los abortos no punibles fueron interpretadas de manera más amplia: la excepción para la mujer violada que tiene una discapacidad mental cambió en incluir a cualquier mujer violada, no importando su estado mental. Aunque este fallo podría tener implicaciones de amplio alcance sobre la situación actual del aborto, los cambios que han ocurrido en cada provincia y cada hospital son distintos. De las 24 jurisdicciones y el Estado nacional, nueve no cuentan con protocolos, ocho (incluyendo la Provincia de Buenos Aires) tienen protocolos que pueden dificultar el acceso a los abortos no punibles y las restantes ocho tienen protocolos que equivalen, en una buena

Tutora: Ana Laura Azparren

medida, a las estipulaciones creadas por la Corte Suprema. Además, en el interior de cada jurisdicción, cada hospital sigue sus propias prácticas. Por lo tanto, dependiendo de las características propias de cada institución sanitaria, este fallo puede influir en cada una de manera diferente. Por ello, este trabajo analiza la influencia del fallo de la CSJN sobre la atención de los abortos no punibles en un hospital específico, desde las perspectivas y las prácticas de los/as médicos/as y otros profesionales de salud.

## 2. Marco teórico

### 2.1 Definición del aborto

El Ministerio de Salud de la Nación define el aborto como: “la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas, con un producto de la concepción eliminado con peso menor a 500 gr. Si es menor de 12 semanas, se denomina precoz y si ocurre entre las 12 a 22 semanas, se denomina tardío” (Ministerio de Salud de la Nación, 2009). Sin embargo, en el ámbito de la salud existen otras definiciones con distintos límites de tiempo, que van desde las veinte semanas hasta la viabilidad fetal. Esta última definición es útil en un sentido bioético pero existe el problema de que la viabilidad fetal no tiene una fecha exacta sino una gama de semanas en las cuales el feto puede ser o puede no ser viable. Según las recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad publicada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2014: “Este límite de viabilidad es muy variable y oscila entre 22 y 30 semanas de gestación de acuerdo al lugar, en función de las condiciones médicas y sociales” y también “los casos comprendidos entre las 23 y las 25 semanas de edad gestacional presentan siempre una cierta heterogeneidad en cuanto a la percepción de los beneficios brindados por las terapias activas, lo que no permite establecer un punto claro para la indicación de intervenciones en pro de la salud fetal”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). Además, ni el protocolo de atención del aborto no punible de la Nación ni el de la Provincia de Buenos Aires definen un límite gestacional en el cual el aborto no debe ser realizado.

### 2.2 Situación legal

Hoy en día, el aborto es ilegal en Argentina con algunas excepciones en el Código Penal. El artículo 86 del Código Penal de la Nación describe las situaciones excepcionales en las cuales el aborto no es punible. Según este artículo, “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para *la vida o la salud* de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto” (Código Penal de la Nación, *italicas agregadas*). Históricamente, este artículo fue interpretado de manera restringi-

da. Según un estudio hecho en 1998 y 1999 sobre las perspectivas de obstetras y ginecólogos en el área metropolitana de Buenos Aires: “el hecho de que la gestación afecte la salud en sentido biopsico-social no es causa “suficiente” para despenalizar el aborto para casi el 70% de los médicos/as encuestados” (Ramos et al., 2001). Es decir, los doctores interpretaban el inciso 1 del artículo 86 entendiendo que esta excepción solamente aplica a la salud en un sentido biológico o físico. No obstante, la salud integral incluye no solamente la salud física o biológica de una persona sino también la mental y social. De hecho, la guía técnica para la atención integral de abortos no punibles explícitamente cita la Organización Mundial de la Salud y el Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la definición de la salud, diciendo que “Los estándares en materia de salud establecen que la salud debe ser entendida como un ‘completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones’ y como ‘el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el deber de los estados partes de procurar su satisfacción’” (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Lamentablemente, desde las percepciones de una experta en el ámbito del aborto en la Argentina, en los casos en los cuales la definición de la salud biopsicosocial podría ser utilizada para justificar y autorizar un aborto no punible, todavía los médicos raras veces lo hacen (Investigadora experta en SSyR, entrevista personal, 28 de abril de 2015).

La segunda parte del artículo 86 también ha sido interpretada de manera restringida. Históricamente, los jueces interpretaban la segunda excepción entendiendo que solamente una mujer con discapacidad mental cuyo embarazo fuera producto de una violación tenía el derecho a un aborto no punible. Esta interpretación restringida del Código Penal creó muchos obstáculos para las mujeres que quedaron embarazadas por abuso sexual para terminar sus embarazos no deseados.

En virtud de ello, el 13 de Marzo de 2012 La Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó un fallo histórico donde afirma que la segunda excepción aplica a todas las mujeres que quedan embarazadas por causa de una violación, y no solamente a las mujeres con una discapacidad mental (*F., A.L. s/ medida autosatisfactiva*, 2012). Este fallo fue dictado en el marco de la causa “*F., A.L. s/ medida autosatisfactiva*”, en la cual una niña de la Provincia de Chubut solicitó practicarse un aborto no punible tras quedar embarazada como consecuencia del abuso sexual perpetrado por su padrastro (Asociación por los Derechos Civiles, 2015). Entonces, esta modificación en la interpretación del Código Penal ha aumentado el número de casos de abortos no punibles, aunque no cambió el Código Penal en sí mismo.

Junto con el fallo sobre la interpretación del artículo 86 inciso 2 del Código Penal, la CSJN también abordó el problema del acceso a abortos no punibles en la sentencia del caso. En los considerados 29 y 30 de la sentencia, la Corte describió los contenidos mínimos que deben incluir los operativos y protocolos de atención de salud. En un informe publicado en marzo de este año para el tercer anivers-

sario del fallo, la Asociación por los Derechos Civiles resume estos requisitos:

- *el permiso* para el aborto contemplado en el 86.2 proceda en todos los casos de violación, sin importar la capacidad de la mujer;
- no se exija autorización judicial, ni denuncia policial previa en ningún caso;
- el único requisito habilitante para el aborto sea una declaración jurada;
- se garantice la información y la confidencialidad a la usuaria;
- se eviten procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas;
- se eliminen los requisitos que no estén médicamente indicados;
- se articulen mecanismos que permitan resolver los desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia del aborto;
- se disponga un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia;
- la objeción de conciencia sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente;
- las instituciones obligadas cuenten con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual;
- se sancione a los profesionales que dificulten o impidan el acceso a los abortos no punibles;
- se brinde a las víctimas de violencia sexual, en forma inmediata y expeditiva, la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, psíquica, sexual y reproductiva;
- se brinde tratamientos médicos preventivos para reducir riesgos específicos derivados de las violaciones en un ambiente cómodo y seguro, que otorgue privacidad, confianza y evite reiteraciones innecesarias de la vivencia traumática;
- se asegure la obtención y conservación de pruebas vinculadas con el delito;
- se asegure la asistencia psicológica inmediata y prolongada de la víctima;
- se asegure el *asesoramiento legal del caso*.

### 2.3 Situación en la práctica

Aunque existen excepciones en las cuales el aborto no es punible, raras veces las mujeres en estas situaciones pueden acceder a un aborto seguro y legal (Zamberlin, 2007). De hecho, no había regulaciones nacionales que aseguraran que las mujeres tuvieran acceso a los abortos no punibles hasta la publicación de la Guía Técnica Para la Atención Integral de los Abortos No Punibles en 2007 (Bergallo & Michel, 2009). No obstante, la organización Observatorio de Derechos Humanos encontró que en general, estas pautas han sido implementadas selectivamente o en algunos casos ignoradas totalmente (Human Rights Watch, 2010). Además, de las 24 jurisdicciones juntas con el Estado nacional, solamente ocho poseen protocolos que se corresponden en buena medida con las normas

dictadas por la sentencia de la Corte Suprema en 2012 (Asociación por los Derechos Civiles, 2015).

La Provincia de Buenos Aires es parte de un grupo de ocho provincias cuyos protocolos pueden dificultar el acceso a los abortos no punibles (Asociación por los Derechos Civiles, 2015). En el protocolo de la Provincia de Buenos Aires específicamente, estas deficiencias son: “1) No contempla un procedimiento en casos de desacuerdos entre el profesional y la mujer respecto de la procedencia del aborto. 2) No estipula sanciones en caso de incumplimiento de los deberes impuestos a los profesionales de la salud ni menciona la conservación de la evidencia forense. 3) Establece que, en los casos de niñas y adolescentes menores de 18 años, el consentimiento lo debe manifestar el representante legal y ellas dar la confirmación. En caso de que la niña o adolescente concurra sin su representante legal o éste se oponga a la práctica, se deberá dar intervención a los Servicios Locales o Zonales de Promoción y Protección de Derechos, que deberá expedirse en un plazo de 48hs (Consentimiento informado). 4) No reconoce el consentimiento informado de las mujeres con discapacidad intelectual o psico-social (Procedimiento, punto 3)” (Asociación de Derechos Civiles, 2015).

Además, estas prácticas y desafíos en el acceso al aborto no punible afectan más a las usuarias del sistema público de salud, quienes en general son personas de clase baja. Por eso, las mujeres pobres, quienes no pueden pagar por servicios privados, sufren más las consecuencias de los abortos inseguros (Zamberlin, 2007).

Por otro lado, las mujeres que llegan a los hospitales para buscar atención médica para el cuidado post-aborto muchas veces son maltratadas. Por ejemplo, en algunas entrevistas hechas por el Observatorio de Derechos Humanos con mujeres que recibieron cuidado post-aborto y con profesionales médicos, esas personas reportaron que no es raro que algunas mujeres sean sometidas al legrado, un proceso muy doloroso, sin anestesia (Human Rights Watch, 2005). Este conocimiento de la diferencia en el acceso a servicios abortivos entre mujeres de distintos niveles socioeconómicos es importante en este trabajo, porque aborda la atención de abortos no punibles en un hospital público de un área pobre en el conurbano bonaerense.

### 2.4 Implicaciones del aborto en la salud de la mujer

El aborto influye mucho en la tasa de mortalidad materna en Argentina. En 2013, el Ministerio de Salud de Argentina reportó una tasa de mortalidad materna (TMM) de 3,2 cada 10.000 nacidos vivos y señaló que el veinte por ciento de las muertes maternas ocurrieron por causas relacionadas con el aborto (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). Aunque estas cifras ya parecen altas, se estima que estos dos números pueden ser mucho más grandes, en virtud de la sub-registración y mal-registración de muertes maternas en el país. El caso de sub-registración puede bajar la TMM cuando en realidad es más alta y los dos casos juntos pueden disminuir el impacto conocido de muertes relacionadas al aborto. De hecho, la gravedad

de la situación de sub-registración es mostrada en los resultados de un estudio realizado en 2008, en el cual “las muertes maternas subregistradas ocurridas en el año 2008 en establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires más que doblan a las muertes maternas registradas” (Mazzeo & Vinacur, 2010). Este mismo estudio también concluyó que “la omisión de causas maternas es muy importante en las causas directas, y en especial, en el caso de las complicaciones del aborto” (Mazzeo & Vinacur, 2010). Otro estudio previo que fue hecho por Ramos et al., aborda el tema de mal-registración en muertes maternas. Las autoras sostienen que “es posible especular que muchas de las muertes por aborto mal certificadas o mal registradas han sido incluidas en la categoría ‘otras causas obstétricas directas’” (Ramos, Gogna, Petracci, Romero & Szulik, 2001). Entonces, es posible que la proporción de muertes maternas causadas por el aborto sea mucho más alta que el veinte por ciento. En resumen, este problema de muertes sub-registradas ilustra lo demostrado en un informe elaborado en colaboración por el Banco Mundial, OMS, UNICEF, FPNU y la División de Población de Naciones en el que se estima que la Argentina tiene una TMM de 6,9 cada 10.000 nacidos vivos, una tasa dos veces mayor que la que reporta la Nación (Organización Mundial de Salud, 2014).

No hay otra causa de muerte materna que por sí misma tenga una proporción tan alta como la del aborto, con el veinte por ciento. Entonces, el aborto es la mayor causa de la mortalidad materna y ha sido la mayor causa en las dos últimas décadas, aunque esta proporción ha sido más grande históricamente. Las estimaciones recientes indican que ocurren 460.000 abortos inducidos cada año en Argentina (Ramos, Romero, & Aizenberg, 2015; Ministerio de Salud de la Nación, 2014). Como el aborto es ilegal y ni los abortos clandestinos ni los no punibles están registrados, esta cantidad es estimada por el número de hospitalizaciones por aborto registradas en establecimientos públicos del país, las cuales representan solamente una fracción de los abortos inducidos totales (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). En 2007, Argentina registró 59.960 hospitalizaciones por aborto (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Como no hay estadísticas de este número en establecimientos privados, es probable que este dato sea mucho más alto.

## 2.5 Antecedentes

Hace más de quince años, durante los años 1998-1999, se realizó un estudio en el área metropolitana de Buenos Aires con la finalidad de explorar los pensamientos y perspectivas de obstetras y ginecólogos sobre la salud sexual, incluyendo el tema del aborto. Este estudio encontró que el 65% de los médicos creía que el aborto era el problema más relevante de la salud pública en Argentina (Szulik, Gogna, Petracci, Ramos, & Romero, 2002). También encontró que la mayoría de los médicos (más del 80%) estaban de acuerdo con una interrupción voluntaria de la gestación en las dos excepciones no punibles por la ley en aquella época. Asimismo, la mayoría de los médicos entrevistados también estaba de acuerdo con una interrupción voluntaria de la gestación en algunos casos que

en aquella época estaban en contra de la ley. Más del 75% de los médicos estaba de acuerdo con una interrupción voluntaria en las dos siguientes situaciones: cuando el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina y cuando el embarazo es el producto de una violación (Ramos et al., 2001). Es notable que la segunda situación de una interrupción voluntaria de la gestación hoy en día no sea punible.

Mientras en general los médicos se manifiestan de acuerdo con la interrupción voluntaria de la gestación en una variedad de situaciones, esto no significa que practiquen abortos para mujeres en estas situaciones. En muchos casos, los médicos no están dispuestos a brindar los servicios abortivos debido a que manifiestan su “objeción de conciencia” (Human Rights Watch, 2010). La objeción de conciencia es cuando un/a médico/a se niega a practicar un aborto no punible por razones religiosas, morales, sociales o personales. Cada médico/a tiene el derecho a ejercer su objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible (Ministerio de Salud, 2010). Sin embargo, tanto la guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles (2010) como la sentencia de 2012 de la CSJN han exigido que el/la médico/a declare su objeción de conciencia en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud, con el objetivo de que las instituciones puedan “contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a la mujer, en consonancia con el derecho de todas las personas a recibir asistencia” (Ministerio de Salud 2010; *F., A.L. s/ medida autosatisfactiva*, 2012).

## 3. Metodología

Se utilizaron fuentes secundarias y primarias para realizar este proyecto. Las fuentes secundarias brindaron una base de información sobre el tema del aborto no punible y la información primaria nos permitió desarrollar un análisis sobre la situación real del aborto no punible en un hospital público hoy en día.

Para conocer el tema del aborto no punible en Argentina, se lo estudió durante varias semanas en la literatura disponible. Estas fuentes incluyeron estudios previos, documentos publicados por la Nación o la Provincia, informes publicados por organizaciones no gubernamentales, artículos de periódicos y entrevistas con expertas en el ámbito. Con estas fuentes, se desarrolló un marco teórico que fue utilizado para guiar la investigación.

Para investigar la situación del aborto no punible hoy en día, se lo estudió en un hospital público en un municipio del conurbano bonaerense. Específicamente, se exploró la cuestión a través de entrevistas con varios profesionales de salud que trabajan en el hospital sobre sus perspectivas, creencias y prácticas acerca del aborto no punible. Toda la información recolectada es cualitativa. Se realizaron trece entrevistas en total, que incluyen:

- Cuatro personas que trabajan en el hospital como médicos/as: una médica ginecóloga de la guardia, un médico que trabaja en la administración, el director del hospital y un médico residente. A

excepción del médico residente, todas/os trabajan en el hospital desde hace ocho años o más.

- Tres obstétricas que trabajan en el servicio de ginecología del hospital. Las obstétricas son enfermeras licenciadas en Obstetricia. Todas las obstétricas entrevistadas han trabajado en el hospital durante diez años como mínimo. Estas conversaciones no fueron grabadas porque las obstétricas así lo solicitaron. Por lo tanto, no contamos con citas textuales de estas entrevistas.
- Tres trabajadoras sociales que se desempeñan en el hospital. Ellas han trabajado allí por más de diez años en todos los ámbitos de la institución con diversas problemáticas. Por ejemplo, ellas tratan casos de abandonos, personas en situación de calle, situaciones de violencia, abuso y maltrato. También, algunas veces actúan como un puente entre una mujer que solicita un aborto no punible y los médicos del servicio de ginecología-obstetricia.
- Tres entrevistas con dos enfermeras del servicio de ginecología-obstetricia y una estudiante de enfermería. Una de las enfermeras ha trabajado en el hospital por diez años, y la otra por dos años. La estudiante también empezó sus estudios allí hace dos años. Debido a ello, ellas no podían comentar sobre los cambios posibles que hayan ocurrido en las prácticas desde 2012 pero podían iluminar la situación del aborto no punible en el hospital desde su perspectiva.

Todas las entrevistas fueron realizadas en el mes de mayo del año 2015, y tuvieron lugar en las instalaciones del hospital público en el cual ellos/as trabajan. Con excepción de las entrevistas con las obstétricas, todas las demás fueron grabadas y transcritas para su análisis. Al inicio de cada entrevista, fueron explicados el propósito y el tema de investigación y se solicitó el consentimiento informado de la persona entrevistada.

Existieron algunos desafíos en la realización del proyecto. En primer lugar, la cuestión del tiempo, porque solamente tenía dos días para viajar al hospital y realizar las entrevistas. También existieron algunas dificultades para realizar las entrevistas en el lugar de trabajo de los/as profesionales. Por ejemplo, algunas tuvieron lugar durante el tiempo pasado en el hospital en el cual los profesionales tenían que trabajar y atender a pacientes. Por eso, algunos/as estaban ocupados/as y no tenían mucho tiempo para dedicar a la entrevista. Además, en muchas de ellas no se podía conversar en privacidad, lo que tal vez no les permitió hablar a los/as entrevistados/as con total comodidad. Además, debido a la sensibilidad del tema algunos de los/as entrevistados/as no estaban muy dispuestos/as a hablar sin reservas y se pusieron nerviosos/as por expresarse sobre algunos aspectos del tema.

## 4. Análisis

A continuación, se presentan las perspectivas de los/as médicos/as, las obstétricas, las trabajadoras sociales y las enfermeras con respecto a la problemática del aborto no punible en el hospital. En particular, se analizan sus perspectivas respecto a: la demanda y atención del aborto no punible en el hospital, la falta de información

de la población, la falta de información de los profesionales de salud, la falta de claridad en los protocolos, los dilemas éticos que se les presentan a los/as médicos/as, la objeción de conciencia, y las implicaciones del fallo de la CSJN.

### 4.1. La demanda y atención del aborto no punible y la falta de información en la población

Todos/as los/as entrevistados/as expresaron su creencia de que existe una falta de información sobre el aborto no punible, tanto en la población que se atiende en el hospital, como en los profesionales que trabajan allí.

En primer lugar, según manifestaron las/os entrevistadas/os, la demanda de abortos no punibles que se presenta en el hospital es muy poca. En el último año calendario, el hospital atendió un solo caso de aborto no punible y en los años anteriores los casos fueron pocos también.

En general, los/las entrevistados/as atribuyen esta poca demanda por abortos no punibles a la falta de información sobre el tema en la comunidad. Ellos/as consideran que es probable que las mujeres de la comunidad no conozcan sus derechos a solicitar un aborto no punible. Según un médico: “No sé si estén informados en esta comunidad, de esta posibilidad [de obtener un aborto no punible].” Todos/as los/las entrevistados/as refirieron que la condición socioeconómica de la población influye en la información y la educación recibida por la comunidad, en tanto la pobreza y los bajos recursos de esta comunidad dificultarían su accesibilidad a este tipo de información.

Como el servicio de asistencia social es distinto al servicio de ginecología-obstetricia, las trabajadoras sociales reciben una demanda distinta de la que va directamente al servicio de ginecología-obstetricia. En el último año, ellas registraron “cuatro a cinco” casos de mujeres que llegaron para solicitar un aborto no punible en el servicio de asistencia social. Sin embargo, como ellas solamente abordan los casos de mujeres que llegan directamente al servicio de asistencia social en el hospital y no las que concurren directamente al servicio de ginecología-obstetricia, ellas manifestaron que no saben exactamente cuántas llegan para solicitar un aborto no punible. Por eso, ellas conjeturaron que en realidad “pueden ser que muchas vayan a la guardia de ginecología-obstetricia”. No obstante, durante sus entrevistas los trabajadores del servicio de ginecología-obstetricia revelaron que casi ninguna mujer llega directamente a ese servicio para solicitar un aborto no punible, y la mayoría de los casos lo hace por el servicio de asistencia social. En este sentido, es importante tener en cuenta la diferencia en los registros sobre la cantidad de mujeres que solicitaron abortos no punibles en ambos servicios. Esta discrepancia subraya los cuatro o cinco casos en el último año en los cuales las mujeres que se presentaron en el servicio de asistencia social por alguna razón no llegaron a poder practicarse el aborto en el servicio de ginecología-obstetricia.

Por otro lado, los/las médicos/as y las obstétricas señalaron que

la falta de demanda en el hospital no significa que no exista una demanda para los abortos no punibles en la población. De hecho, desde la perspectiva de las obstétricas, la situación en realidad es la opuesta. Según ellas, existe una muy alta demanda de aborto no punible en la población, porque el número de ingresos en el hospital de mujeres con complicaciones post-aborto es muy alto. Además, ellas dijeron que aunque no existe un registro de las mujeres que llegan al hospital solicitando un aborto no punible, algunas veces se puede observar que la misma mujer que había venido al hospital para realizarse esta práctica y no lo obtuvo, regresa posteriormente por complicaciones post-aborto causadas por uno realizado en otro lugar. Algunos médicos/as se manifestaron de acuerdo con la posibilidad de que haya mujeres que figuren dentro de las excepciones para realizarse un aborto no punible, pero todavía van a un lugar ilegal para practicárselo. Por ejemplo, es probable que una mujer que ha sido violada concurra a un lugar clandestino en vez de al hospital para realizarse un aborto. Los/as médicos/as conjeturan que esto puede ocurrir por varias razones, en particular por una falta de información sobre sus derechos y el miedo a ser denunciadas. Según un médico:

*“Creo que todavía no está instaurado en la población, la posibilidad de solicitar el aborto no punible. En realidad todavía no está tan claro legalmente, entonces todavía la gente no se anima y sigue habiendo mucho aborto ilegal y en realidad lo que resolvemos nosotros son las complicaciones de estos abortos”.*

De hecho, todos/as los/as entrevistados/as manifestaron que atienden con mayor frecuencia casos de complicaciones post-aborto de abortos realizados en otros lugares que casos de abortos no punibles.

Es decir, con mucha más frecuencia las mujeres los realizan en lugares ilegales y se acercan al hospital si tienen complicaciones, infecciones o el aborto todavía está incompleto. Desde las percepciones de las enfermeras, hay mucha demanda en la población para el cuidado post-aborto porque el aborto inseguro pasa con mucha frecuencia. Ellas atribuyeron esta demanda de casos de complicaciones post-aborto al hecho de que la comunidad es bastante humilde y las mujeres que quieren abortar no tienen los recursos para ir a un lugar seguro. Según una enfermera: “No todos pueden ir a una clínica a hacerse un aborto (...). La comunidad en sí porque es de muy bajos recursos económicos. Entonces lamentablemente acuden a lugares donde no debe ser”. Por lo tanto, ellas manifestaron que muchas van a lugares clandestinos e inseguros o tratan de realizarlo con métodos caseros, y las dos opciones muchas veces tienen como resultado complicaciones post-aborto como hemorragias, hipertensión e infecciones. En palabras de otra enfermera, pasan “las dos cosas. Van a lugares a realizarse el aborto y otras [veces] se lo realizan ellas. Caseros. Por ejemplo, están las pastillas abortivas, están los métodos caseros (...) [Y después] llegan con muchas hemorragias, hipotensas, a veces en muy mal estado”. Sin

embargo, casi nunca las mujeres que llegan con complicaciones cuentan lo que pasó. Según los/as médicos/as, en casi todos los casos ellas dicen que el aborto fue espontáneo y no provocado, por miedo a ser denunciadas. A pesar de esto, un médico estimó que en su experiencia “más del 80%” de los casos de mujeres con complicaciones post-aborto son casos de abortos provocados.

Desde el punto de vista de las enfermeras, tampoco existe la demanda del aborto no punible en la población ni la aceptabilidad de hacerlos en el hospital. Desde su percepción, las mujeres no llegan al hospital para realizarse un aborto no punible, sino que concurren para recibir atención post-aborto. Por otro lado, ellas tampoco creían que el hospital aceptaría los casos de aborto no punible. Una enfermera supuso que “Si vienen no se aceptan. Con los médicos que he trabajado yo, no se acepta eso. No hay una ley o no sé si está la ley o si sale una ley que avale eso. No sé, pero no, no lo hacen”. Otra enfermera mencionó de lo que ella ha visto, en general las mujeres que quieren abortar llegan al hospital por otros motivos pero finalmente dicen que la razón real por la que vinieron es para obtener un aborto no punible.

## 4.2 Falta de información de los/as profesionales de salud y falta de claridad en los protocolos

Todos/as los/as entrevistados/as expresaron que existe una grave falta de información por parte de los/as profesionales de salud también. En primer lugar, los/as médicos manifestaron que ellos/as reciben poca o ninguna información sobre cómo proceder ante casos de aborto no punible y que no reciben capacitaciones para la atención de los mismos. Ellos/as relatan que esos casos son derivados a la jefa del servicio pero no cuentan con ninguna otra información sobre cómo proceder. Un médico comparó esta situación con la de la falta de información de la población que fue mencionada anteriormente:

*“Es como te decía, más o menos es lo mismo como te decía de la falta de información de los pacientes. Cuando uno no está informado, por ahí hay cuestiones que nos exceden a nosotros. Entonces por ahí se pone en juego tu criterio, tu sentimiento, tu objeción, tu conciencia, y a veces no hace falta. Es cierto, falta protocolizar y que la protocolización llegue a todos lados por igual, que en todos lados haya un médico que no sea objetor de conciencia (...) falta esto. Falta.”*

Otros médicos también expresaron una sensación de incomodidad con la situación del aborto no punible por falta de protocolo y reglamentación bien establecida. Aparte del hecho de que el hospital no cuenta con su propio protocolo, existe el problema de que el protocolo de la Provincia de Buenos Aires no está bien implementado en todos lados. Entonces, cada hospital tiene su propio protocolo para la atención de los abortos no punibles y abordan sus casos de maneras distintas. Como un médico ex-

plicó: “Eso es algo muy propio de cada uno. Acá, es hasta las veinte semanas, en el Hospital de Morón es hasta las veinticuatro (...). Este servicio hace lo que le parece”. Por lo tanto, la falta de claridad e implementación de un protocolo provincial ha creado dificultades con la estabilización e implementación de un protocolo en los hospitales de la provincia.

Las trabajadoras sociales y las obstétricas también hablaron sobre la falta de información y protocolización sobre el aborto no punible en el hospital. Desde su perspectiva, todavía hay muchos aspectos del protocolo de la provincia que no están implementados en el hospital. Por ejemplo, debería ser un equipo interdisciplinario el que aborde los casos de aborto no punible en el hospital pero ese equipo no existe. En las palabras de las trabajadoras sociales:

*“Lo que propone el protocolo es la formación de un equipo interdisciplinario con un médico que no sea objetor de conciencia. Lo que cuesta es establecer un equipo interdisciplinario donde haya un médico para hacer estas actividades. Está contemplado en el protocolo, la idea es que exista un equipo interdisciplinario con un médico que no sea objetor pero bueno, en ningún hospital esto está establecido (...), acá no.”*

Desde lo que las trabajadoras sociales y obstétricas saben, la problemática de ausencia de un equipo interdisciplinario no es solamente un asunto de este hospital. Además, ellas manifestaron que la falta de un registro de médicos objetores de conciencia puede dificultar la formación de un equipo de este tipo. Es decir, cuando no hay manera de saber con seguridad quién es objetor y quién no es objetor, es muy difícil formar un equipo con un médico que no es objetor en todos los casos. Por eso, ellas describieron que el servicio sigue “manejando el caso a caso. Y allí en el caso a caso es donde se desdibuja un poco quién es objetor de conciencia y en qué momento.”

Desde la perspectiva de las obstétricas, esta falta de registro también presenta obstáculos en la accesibilidad al aborto no punible en el hospital. Ellas explicaron que según el protocolo de la provincia, la objeción de conciencia tiene que ser individual y no institucional. Sin embargo, cuando no hay un registro, no hay manera de asegurar que esta objeción no es institucional en la práctica y que existen doctores que no sean objetores de conciencia. También, con un registro el médico tiene que explicar el motivo o razón por la que se niega a realizar los abortos no punibles pero cuando falta esto los médicos simplemente pueden decir que no van a hacerlos, sin justificar su decisión.

Todos/as los/as entrevistados/as manifestaron que no han recibido capacitaciones para la atención de casos del aborto no punible. Las obstétricas recordaron que hubo una capacitación hace dos años en el hospital, dictada por el Ministerio de Salud de la Provincia. Ellas estaban de acuerdo en que seguramente hay capacitaciones que pueden -y deben- pasar, pero hay una brecha en algún lugar de la cadena institucional y por eso hay una falta de información y capacitación.

Además de la falta de protocolización y capacitación, muchos/as entrevistados/as manifestaron que desde su percepción algunos/as médicos/as no conocen la información del aborto disponible. Muchos/as dudaban de que los médicos conocieran bien la guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles y creían que es probable que conocieran que existe o conozcan el contenido pero no la hayan leído en su totalidad. No obstante, algunos/as no responsabilizaron completamente a los/as médicos/as por esta falta de conocimiento. Por un lado, existió la idea que los/as médicos/as no la han leído porque no abordan con mucha frecuencia los casos de los abortos no punible y entonces no la consideran necesaria para su trabajo. Por otro lado, ellos/as responsabilizaron al Ministerio de Salud por la falta de publicidad de la guía. Expresaron que aunque la guía fue publicada por el Ministerio y está disponible en línea, su publicación no fue algo muy bien publicitado y por eso no es bien conocido.

Algunos/as también hablaron sobre el protocolo y la práctica de la atención post-aborto. Mencionaron que este protocolo en el hospital incluye la denuncia a mujeres que llegan con complicaciones post-aborto muy graves causadas por abortos provocados de manera insegura. Según un entrevistado: “Si no son muy complicados, es como que lo toman como un aborto espontáneo, ahora, si en realidad la paciente se complica, hay un riesgo de vida, el médico se ve en la obligación de hacer una denuncia porque corre riesgo la vida de la paciente”. Asimismo, se afirmó que el personal del hospital tiene que denunciar “dos o tres” casos como este cada mes. Sin embargo, tanto el director del hospital como la jefa del servicio de ginecología-obstetricia afirmaron que esa no es la política del hospital y que las mujeres no deben ser denunciadas.

### **4.3 Los dilemas éticos de los médicos por falta de un protocolo claro**

Además de la falta de protocolo, los/as médicos/as manifestaron que no existe una definición clara de lo que significa un aborto no punible. Es decir, el Código Penal y los dos protocolos de la Nación y la Provincia de Buenos Aires establecen cuáles son las excepciones en las que el aborto no es punible pero no definen el límite gestacional para practicar un aborto. Aunque la definición obstétrica de un aborto lo define como una interrupción del embarazo antes de las veinte semanas de gestación, ocurre que en algunos casos mujeres en condiciones de solicitar un aborto no punible llegan al hospital con un embarazo de más tiempo de gestación. Casi todos/as los/as médicos/as expresaron frustración con el dilema ético de un aborto que ocurre después de las veinte semanas. Además, no existe un protocolo provincial ni de la Nación que explique cómo proceder en esta situación. Un médico describió esta problemática:

*“Hay una etapa dudosa, y después una etapa donde claramente la persona es viable. Es esa etapa dudosa la que no está reglamentada en provincia. Cuál es la fecha en que está reglamentado y en cuál no, cualquiera podría hacer un aborto*

*no punible y vos sacás un bebé que se mueve, llora, respira, ¿y cómo hacés? Lo dejás ahí. No lo tocás”.*

Según este entrevistado está claro que existe un dilema ético muy grave que se les presenta a los/as doctores/as cuando tienen que practicar un aborto de un embarazo muy avanzado. En este aspecto tampoco los protocolos de la Nación y la provincia son claros; no explican lo que se debe hacer con el feto con una viabilidad desconocida. Mientras el Código Internacional de Ética Médica dice que “El médico debe respetar los derechos y preferencias del paciente,” este mismo documento dice que “el médico debe recordar siempre la obligación de respetar la vida humana” (Asociación Médica Mundial, 2006). Teniendo esto en cuenta, los médicos tienen que balancear los derechos de la mujer con sus propios principios éticos. Al respecto, manifiestan un gran dilema ético respecto a qué hacer con el feto abortado sin viabilidad conocida. Según un médico:

*“Hay un problema que es después del parto, el feto, el bebé muchas veces sigue vivo. Y a veces sigue vivo minutos, y horas. Y entonces más allá de los derechos de la madre nos genera un dilema ético de qué hacer con ese bebé que está respirando, con una viabilidad desconocida. Pero respira, late, y si vos le mantenés la temperatura y le das las condiciones adecuadas, podría siguiendo viviendo probablemente una vida larga”.*

Esta situación es algo que los médicos conocen bien porque el último caso de aborto no punible que atendió el hospital fue de un embarazo avanzado de más de 20 semanas. Por lo tanto, esa situación es una experiencia que ha influido en las perspectivas sobre el aborto no punible de los/as médicos/as que trabajan en el hospital, porque es un caso que les pasó a ellos y hace poco tiempo. Un médico explicó la situación desde su perspectiva:

*“A nosotros nos tocó una embarazada con un embarazo grande de 23 semanas que fue un feto que nació vivo, estuvo un montón de tiempo vivo, que fue bastante traumático para todos porque ella estaba casi prácticamente al límite. En ese momento le planteamos a la jefa, la edad gestacional, cierto. Realmente no es lo mismo un embrión que está formando que un feto con posibilidad de vida. Fue muy traumático, horrible”.*

También en este tipo de casos, hay mucha ambigüedad sobre cómo practicar el aborto. Esto igualmente refleja las complicaciones creadas por la falta de un protocolo a nivel provincial. En este último caso, había ambigüedad y controversia sobre cómo proceder en el caso a causa de la edad gestacional. Fue claro que el caso estaba de acuerdo con las excepciones de la ley (la mujer era víctima de una violación) pero la mujer llegó para solicitar el aborto cuando el embarazo se encontraba muy avanzado. Un médico describió el proceso de lo que pasó y los dilemas éticos que se le presentaron en este caso:

*“Habla con uno, habla con otro, ver si se hace, si no se puede (...) hay una persona que era como (...) creo que está en La Ferrere, en el Hospital Germani en La Ferrere, creo que era como referente en los casos en un hospital como este u otros de la zona, la verdad es que cómo finalizaban el embarazo, no tengo ninguna idea. No sé qué ha pasado, en este último caso en que una mujer que [tenía] cinco, seis meses estuvo acá y que se encontró de veinticuatro semanas de embarazo o más, y que no había forma con una medicación de que tuviera su parto prematuro, pues ya no es un aborto, por definición no es un aborto. Por definición sabés que hasta las veinte semanas es un aborto, y menos de 500 gramos, eso es la definición de obstetricia. Pasado este tiempo o más de 500 gramos, es parto inmaduro. Eso es por la definición. En realidad, más que un aborto no punible sería una expulsión fetal, o no sé cómo llamarlo, no tiene una definición obstétrica. Veinticuatro semanas es un parto prematuro. Si el chico nace va a vivir por lo menos vivir un rato, un tiempo. Esto es el problemita. Yo no lo haría, por ejemplo”.*

Estas dudas respecto a cómo actuar en una situación como esta y también las implicaciones morales y éticas ponen en tela de juicio la cuestión de la objeción de conciencia. En teoría, la objeción de conciencia debería ser para todos los casos de aborto y no caso a caso. Sin embargo, esta definición no tiene en cuenta el dilema anterior de la falta de límite definida por la viabilidad del feto y la edad gestacional. Un médico explicó el proceso de cómo ellos deciden proceder ante un caso de aborto no punible en términos de la manifestación de objeción de conciencia:

*“Cuando empezaron a llegar los casos, de quién tiene objeción, de quién no tiene objeción, y cuál es el límite de uno (...). En mi caso en particular, yo no tengo objeción de conciencia, pero hasta una edad gestacional (...) hasta la viabilidad fetal.”*

Este médico expresó que aunque no es objetor de conciencia, tiene problemas éticos o límites personales en realizar un aborto de un feto que tiene la posibilidad de vida extrauterina. Sin embargo, un límite personal de objeción de conciencia no está definido ni apoyado en el protocolo de la provincia. Según el protocolo, los/as médicos/as que se manifiestan objetores de conciencia deben informarlo al principio de su trabajo en la institución y no debe manifestarse objetor de conciencia en cada caso. Por eso, no es solamente importante que esta parte del protocolo esté implementada a lo largo de la provincia sino también que en el protocolo se especifique un límite gestacional para que los/as médicos/as que no sean objetores de conciencia no tengan que abordar situaciones que les presenten dilemas éticos.

## 4.4 La objeción de conciencia

### Los objetores de conciencia en el hospital

La cuestión de la objeción de conciencia no se encuentra poco clara a nivel provincial solamente sino también en el interior del servicio

de ginecología del hospital. Según la jefa del servicio, el mismo no cuenta con un registro escrito de médicos objetores de conciencia. Sin embargo, en el resto de las/os entrevistadas/os existían muchas dudas respecto a si este registro existe de forma escrita o no. Algunos manifestaron que sí existe un listado escrito, mientras otros afirmaron que no hay un registro formal. Un médico dijo que mientras no creía que haya un listado escrito, el servicio te pide que comuniques tu objeción si la tienes.

Como no existe un registro, también los/as entrevistados/as manifestaron perspectivas conflictivas sobre la proporción de objetores de conciencia en el hospital. Por un lado, los/as médicos/as dijeron que la mayoría de los/as otros/as médicos/as en el servicio que ellos/as conocen no se manifiestan objetores de conciencia. El médico entrevistado que se manifestaba objetor de conciencia mencionó que él creía que era el único objetor en el servicio. Por otro lado, las enfermeras, trabajadoras sociales y obstétricas refirieron que desde su perspectiva la mayoría de los/as médicos/as se niegan a realizar los abortos. Un grupo de profesionales no conocía ningún médico que estuviera dispuesto a realizar un aborto no punible en el hospital pero conocían a aquellos que son objetores de conciencia. Un/a entrevistado/a dijo que: “me imagino que todos [son objetores de conciencia],” un sentido que fue apoyado por otro/a entrevistado/a que manifestó que desde su perspectiva “en realidad la mayoría se niega a hacerlo.”

Los motivos percibidos detrás la objeción de conciencia

Con respecto a los motivos o razones por las que algunos/as médicos/as se manifiestan objetores de conciencia, eran diferentes en cada grupo de profesionales de salud y a veces en cada persona también. Por parte de los/as médicos/as, la mayoría citó razones morales, éticas, o religiosas. Un médico que se manifiesta objetor de conciencia dijo “No es que no estoy de acuerdo [con el aborto], yo no lo hago. Es algo ‘moral’ de mi parte.” Las trabajadoras sociales también afirmaron que los motivos son de base ideológica. Según ellas: “[Es] una cuestión ideológica, sobre todo [cuestiones] éticas, morales, y religiosas. Depende de esas circunstancias.” Por otro lado, ellas también notaron que la no aceptación del aborto que todavía sigue existiendo en todos lados pueden influir en esta decisión de los/as médicos/as. Ellas manifestaron que todavía hay oposición al aborto en gran parte de los médicos aunque haya excepciones en el Código Penal para algunos casos. Según ellas:

*“En los médicos se encuentra un poco de resistencia con respecto a este tema. Hay muchos médicos que no están de acuerdo con esto, que no quieren practicar al aborto no punible a pesar de que está la ley.”*

Por el contrario, un médico sugirió que la falta de claridad sobre la legalidad del aborto no punible puede ser un factor también: “Como no [es] tan legal, no hay un aval, una protección, entonces simplemente por evitarse (...) por evitarse por ahí ni siquiera un problema, simplemente evitarse algo que todavía no está bien implementado”. Una enfermera también se expresó en un sentido parecido: “Pienso

que, por ejemplo, todos tratan de cuidar nuestra carrera. Así que acá, dentro de la institución no se hace. No se hace, tiene que hacerse algo, intervenir la justicia o algo”.

Las obstétricas refirieron que desde su perspectiva los motivos más prevalentes por lo que algunos médicos se manifiestan objetores de conciencia son razones culturales o personales pero pocos tienen la religión como un motivo para ser objetor de conciencia. Según ellas, es una decisión muy individual pero que refleja el ambiente cultural. Por ejemplo, algunos motivos pueden ser que no quieren terminar la gestación de un feto, la práctica no está bien aceptada o simplemente porque no tienen ganas. Sin embargo, todas estas razones reflejan la cultura más amplia del país en la cual la práctica del aborto no punible todavía es controversial y la gente no conoce bien los aspectos legales.

Todas las enfermeras revelaron que por su parte no estaban de acuerdo con el aborto en general pero en niveles distintos. Una estaba en contra del aborto, incluyendo la excepción por causa de una violación. Las otras estaban en contra en casos generales pero estaban de acuerdo con las excepciones del Código Penal. Ellas explicaron que creen en la vida de un feto y por eso están en contra del aborto. Ellas conjeturaron que los motivos por los que algunos médicos se manifiestan objetores de conciencia son parecidos a los suyos. En las palabras de una enfermera: “Yo creo que porque ellos apuestan a la vida (...), creo que no es grato hacer un aborto. Para ellos creo que no. Ni para uno, yo soy enfermera y a mí me pone mal, el aborto, porque es una vida.”

Otro motivo que fue expresado por algunos/as entrevistados/as como una razón posible es la cuestión personal de la fertilidad de la médica o de una amiga o familiar de la médica. Algunos/as personas notaron que muchas médicas en el ámbito de obstetricia y ginecología son mujeres y pasa que una médica no puede tener hijos por alguna razón o conoce a otra mujer en su familia o una amiga que tampoco puede tener hijos, esa médica está en contra del aborto porque no quiere terminar una gestación cuando ella misma no puede tener hijos. En otras palabras, es difícil para algunas médicas a separar sus vidas personales de su trabajo.

Otro motivo posible que fue manifestado en las entrevistas que es contrario al argumento de una cuestión ideológica es el tema de la compensación monetaria. Algunos/as entrevistadas/os afirmaron que la cuestión de la compensación económica por el servicio también puede ser un factor en la decisión de manifestarse objetor de conciencia, ya que los/as mismos/as médicos/as que son objetores de conciencia en un hospital público, muchas veces realizan abortos no punibles en instituciones privadas. En este sentido, los motivos no son morales ni éticos, sino que el/a médico/a tiene prácticas distintas dependiendo del lugar.

## 4.5 Implicaciones del fallo de la CSJN de 2012

### Implicaciones en la demanda del aborto no punible

Los/as entrevistados/as manifestaron una variedad de opiniones

respecto a las implicaciones que el fallo de 2012 ha tenido en la situación del aborto no punible en el hospital. En primer lugar, los/as médicos/as notaron que la poca demanda de abortos no punibles a lo largo de la historia del hospital dificulta la posibilidad de medir si la cantidad de mujeres que llegan al hospital para solicitar un aborto no punible ha cambiado. Algunos manifestaron que desde 2012 ha ocurrido un aumento en el número de mujeres que se acercan al hospital solicitando un aborto no punible, aunque el aumento ha sido muy poco. Otros médicos confirmaron que no han visto un cambio en este sentido. Un médico explicó por qué él piensa que eso es así:

*“Desinformación de la población, desconfianza en el sistema. La mayoría de las madres piensan que si dicen que quieren abortar van a ir presas. Básicamente eso supongo, porque en realidad no hemos tenido que resolver el problema de un aluvión de embarazadas pidiendo abortar. No pasa. Hay muchas más pacientes que vienen con abortos incompletos”.*

Las obstétricas también compartieron la percepción de que la demanda de los abortos no punibles no ha cambiado en los últimos años. Con respecto a esto, ellas también responsabilizaron a la falta de información en la población y afirmaron que las mujeres no saben sus derechos ni conocen este fallo de la Corte Suprema. Ellas notaron que hay algunas mujeres que llegan a través de los servicios sociales pero en general no hay información sobre este cambio en la interpretación del Código Penal y la gente no conoce sus derechos. Las obstétricas consideraron que el gobierno, específicamente el Ministerio de Salud de la Provincia y de la Nación son responsables por este desconocimiento de la población. Según ellas, el mismo gobierno que es responsable por el fallo de 2012 y el cambio en la interpretación del Código Penal no propaga esa información al público. Ellas dieron el caso de las vacunas como un contraejemplo. En este caso, el gobierno considera que la información sobre las vacunas es importante y todo el mundo debe ser bien informado. Por eso, hay campañas de concientización pública que propaga esa información a la población. Por otro lado, el gobierno no ha tenido campañas públicas sobre el tema del aborto no punible. Desde la perspectiva de las obstétricas, eso es así porque el Ministerio de Salud no quiere que este tema tenga publicidad, y en consecuencia la gente no está bien informada.

Otra opinión expresada sobre por qué no hay más mujeres que llegan a solicitar un aborto no punible por causa de violación después del 2012 son los obstáculos que se les presentan a las víctimas de violación. Algunos/as entrevistados/as manifestaron que en general hay mucha desconfianza en las historias de las mujeres que llegan para realizarse un aborto porque fueron violadas y quedaron embarazadas como resultado. Según estas personas, los/as médicos/as no creen en sus historias, preguntan a las mujeres si están seguras de que fueron violadas o tratan de convencer a la mujer de no practicarse el aborto. Ellas/os relataron que por eso las mujeres

no recurren al hospital para solicitar un aborto no punible por causa de una violación. Otros entrevistados, sin embargo, manifestaron que las mujeres que llegan solicitando abortos no punibles “mayormente cuando hablan, son creíbles” y las mujeres no enfrentan obstáculos de este tipo.

Al contrario de las percepciones de los/as médicos/as y las obstétricas, las trabajadoras sociales notaron que la demanda para el aborto no punible se ha vuelto más visible en el último tiempo. Según ellas:

*“En el último año hemos recibido una demanda un poco más (...) visible. Directamente las mujeres se acercan, golpean y preguntan por el aborto no punible. Pero antes era más oculto, más (...) se detectaba la situación pero no estaba tan claro para pedirlo directamente”.*

Ellas manifestaron que esto refleja un mayor conocimiento de los derechos de las mujeres e información sobre el aborto no punible. También ellas manifestaron que el fallo de 2012 ha facilitado la accesibilidad del aborto no punible en el sentido de que ahora las mujeres no tienen que probar la violación o hacer una denuncia para obtener un aborto no punible. Ellas creían que a partir de este fallo se valora más la historia y la palabra de la mujer. En las palabras de una trabajadora social:

*“Yo creo que facilita la accesibilidad al sistema este fallo de la Corte, porque no tienen que pasar por todo un sistema de investigación de si realmente fue o no fue una violación o un abuso o una relación forzada sino que (...) le da mucho más valor a la palabra de la mujer y solo con el hecho de que ella manifieste lo que sucedió, nadie va a cuestionarlo sino que, hay aplicar lo que establece el protocolo”.*

A pesar del hecho de que ellas refirieron que el fallo ha facilitado la accesibilidad a los abortos no punibles, todavía existe la cuestión que de las “cuatro a cinco” mujeres que habían solicitado un aborto no punible el año pasado, solamente uno de estos casos fue realizado en el hospital y las otras mujeres no obtuvieron abortos. Según las trabajadoras sociales, esas mujeres llegaron al hospital y manifestaron que querían abortos pero había dudas sobre los motivos. Es decir, no fue muy claro si estos casos se considerarían de acuerdo con las excepciones del Código Penal o no. En palabras de las trabajadoras sociales:

*“Las hemos derivado nosotros, porque a otros servicios (...); igual habíamos consultado acá al servicio de ginecología-obstetricia, y las hemos derivado porque el planteo, la demanda que hacían era que solicitaban un aborto y lo que no quedaba muy en claro era si estaba encuadrado adentro de lo que se considera el aborto no punible. Las mujeres vinieron y manifestaron el deseo de querer hacerse un aborto, básicamente. Después allí quedaba un poco en duda el motivo real”.*

Las trabajadoras sociales no profundizaron sobre las circunstancias por las que había dudas sobre los motivos de las mujeres para solicitar un aborto no punible. Una trabajadora social mencionó que en algunos de esos casos la mujer decidió no practicarse el aborto finalmente. Sin embargo, no especificó si ésta fue la situación en todos los casos o si hubo otros motivos por los que esas mujeres no obtuvieron los abortos que habían solicitado. Teniendo esto en cuenta, es posible que los casos estuvieran de acuerdo con el Código Penal, y hayan sido otros los obstáculos por los que estas mujeres no pudieron acceder a un aborto no punible en el Hospital. Implicaciones en la práctica del aborto no punible

Los/as médicos/as y las obstétricas tampoco han observado un cambio en las prácticas acerca del aborto no punible desde el fallo en 2012. Ellos/as citaron la falta de un protocolo bien implementado como un problema en este sentido. Aunque algunos creían que el fallo es útil, porque obligó a elaborar un nuevo protocolo que facilitó el proceso de acceder a un aborto no punible, muchas/os médicas/os refirieron que “Es incompleto, es insuficiente todavía, el funcionamiento [del protocolo].” Otro médico confirmó este sentido, diciendo que las prácticas del hospital, y de la provincia en general, han cambiado poco a partir del fallo de 2012:

*“En realidad, el problema sigue siendo la falta de reglamentación al nivel provincial. Porque [la sentencia de] la Corte Suprema es una acordada que es una recomendación, y después cada distrito debería establecer su propia ley y la reglamentación. Hay cosas que no están definidas, y si [bien] hay un protocolo provincial, todavía no ha llegado a efectivizarse en la mayoría de los lugares”.*

También, los/as médicos/as y las obstétricas manifestaron que la falta de demanda de abortos no punibles es otra razón por la que las prácticas no han cambiado. Es decir, ya que no se abordan los casos de aborto no punible con mucha frecuencia en las instituciones públicas, no hay mucha oportunidad para cambiar las prácticas. En este sentido, esta situación es como un círculo vicioso en el cual los protocolos no han cambiado por falta de la demanda pero la demanda no ha aumentado por falta de accesibilidad y un protocolo bien establecido.

Las enfermeras expresaron que la ambigüedad sobre la situación legal del aborto todavía tiene implicaciones en la realización de los casos no punibles. Las enfermeras refirieron que debido al hecho de que el aborto no es legal, es difícil en instituciones públicas realizar los casos que se consideran no punibles y que en general solamente hacen el aborto en instituciones clandestinas o con métodos caseros. Según una enfermera, el aborto: “No está aprobado por la ley. Creo que no es legal.” Otra estaba de acuerdo con esto, diciendo: “La ley no lo avala”. Como no existe una ley del aborto en realidad, sino solamente lo que define el Código Penal, el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, y los protocolos de la Nación y la provincia, todavía existe mucha duda y desconocimiento sobre la situación legal del aborto que dificulta la implementación de nuevas prácticas.

## 5. Conclusiones

La gran variedad de opiniones y perspectivas de los profesionales de salud sobre la situación actual del aborto no punible en el hospital da cuenta de la falta de claridad que existe sobre el tema.

En primer lugar, está muy claro que la falta de información y conocimiento sobre el tema del aborto no punible —en la población y los profesionales de salud— es un problema muy grave. Aunque el fallo de 2012 amplía los motivos para la realización de abortos no punibles, incluyendo a las mujeres que quieren abortar por causa de violación, ellas no pueden ejercer sus derechos si no tienen conocimiento de ellos. Por eso, es importante que exista una manera efectiva para que las mujeres puedan conocer sus derechos. A pesar de que la información de este tema existe en internet, en general es inaccesible a las poblaciones humildes. Entonces, el gobierno debería propagar esta información en los hospitales, clínicas y centros de salud de manera de asegurarse de que las mujeres la reciben. Por ejemplo, se pueden poner carteles informativos en las paredes y brindar folletos en las salas de espera. Además, una campaña de concientización pública del Ministerio de Salud de la Provincia o la Nación sobre el aborto no punible y los derechos de la salud de la mujer garantizaría que este derecho sea de conocimiento público. Por otra parte, esta concientización de la población también podría reducir la cantidad de mujeres que solicitan un aborto no punible con embarazos avanzados, ya que podrían contar con información sobre sus derechos y opciones al comienzo del embarazo.

Por otro lado, existe un problema de desconocimiento y falta de información sobre el aborto no punible entre los profesionales de salud en el hospital. Esta problemática se debe en parte a que el protocolo de la provincia no está bien implementado en este hospital y que el hospital en sí mismo no tiene sus propios protocolos. Por ejemplo, las discrepancias sobre la existencia de un registro de objetores de conciencia entre las/os profesionales de salud ilustra perfectamente esta falta de información. Según el protocolo de la provincia, debería existir un registro de objetores de conciencia, para evitar que el hospital se transforme en objeto y para que el servicio pueda organizarse de manera de garantizar la asistencia. No obstante ello, no solamente falta este registro en el hospital sino que no existe tampoco un consenso entre los profesionales de salud sobre la existencia o no de dicho registro, ni sobre la cantidad de médicos/as objetores de conciencia. Por eso, resulta fundamental mejorar la implementación de los protocolos que existen, así como brindar más información y capacitaciones a los profesionales de salud que abordan este tema. El hospital debería establecer un equipo interdisciplinario que aborde los casos de aborto no punible en el establecimiento y contar con un registro de médicos/as objetores de conciencia. También, el Ministerio de Salud de la Provincia, debería brindar capacitaciones obligatorias a los/as médicos/as que abordan este tema y concientizarlos/as sobre el fallo de la CSJN de 2012, los protocolos de la provincia y la Nación y las excepciones del Código Penal. De esa manera, los/

as médicos/as estarán mejor informados/as y podrán practicar los abortos no punibles sin miedo a estar poniendo en juego su trabajo. Además, pese a que existe un protocolo de la provincia, resulta insuficiente para reglamentar de manera efectiva el aborto no punible. En primer lugar, este protocolo debería tener más claridad. Por ejemplo, debería especificar cuánto tiempo tienen los hospitales para establecer un equipo interdisciplinario, requerir que los hospitales cuenten con un registro escrito accesible de médicos/as objetores de conciencia y definir un límite gestacional para que los/as médicos/as no enfrenten dilemas éticos en la práctica de los abortos de un embarazo muy avanzado. Asimismo, debería existir una manera de implementar este protocolo en todos los hospitales. Cuando exista una mejor claridad e implementación de los protocolos, las mujeres tendrán mejor acceso a los abortos no punibles. Para concluir, creemos que el fallo de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación tiene la potencialidad de permitir que se mejore mucho la situación del aborto no punible. Sin embargo, todavía existen desafíos importantes para su efectiva implementación, como la falta de información en las mujeres y los profesionales de la salud, la ausencia de implementación de los protocolos existentes y la falta de reglamentación sobre el límite

gestacional para la práctica del aborto. Aunque este fallo ha sido muy importante para fomentar la accesibilidad de las mujeres al aborto no punible, todavía no ha logrado mejorar sustancialmente la atención de este tipo de práctica en el hospital. Además, todavía se encuentra pendiente la aprobación de una ley nacional y provincial que reglamente de manera efectiva el aborto no punible, como sucede por ejemplo en la Provincia de Chubut (Ley XV N° 14/2010). Esta ley nacional debería legalizar o despenalizar el aborto, aunque es importante tener en cuenta que la legalización y la despenalización del aborto no son lo mismo. La despenalización implica que el aborto todavía es un delito pero se hace en circunstancias o motivos en los cuales no se lo considera punible. Por otro lado, la legalización implica que el Estado reconoce la legitimidad del aborto (en casos específicos o por cualquiera razón), lo cual permite que las mujeres puedan exigir el acceso al aborto porque se considera un derecho de salud. En este sentido, consideramos que si el aborto fuera legalizado –o, en su defecto, despenalizado–, muchas de las dudas, ambigüedades y desconocimientos sobre la legalidad del mismo y las excepciones a su punibilidad se harían más claras, y muchos de los efectos negativos del aborto clandestino e inseguro se reducirían.

## Referencias Bibliográficas

- Asociación por los Derechos Civiles. (2015). *Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación – Marzo 2015*. Buenos Aires.
- Bergallo, P., Michel A.R. (2009) *El aborto no punible en el derecho argentino*. Despenalización del aborto. [en línea] [consulta: 26 de marzo de 2015]
- Código Penal, Libro Segundo, Título I, capítulo I.
- Definición de aborto — Definicion.de. (n.d.). [consulta: 25 de mayo de 2015].
- Fallo histórico: la Corte ratificó que no son punibles los abortos en casos de violación. (13 marzo 2012) *La Nación* [en línea]. [consulta: 26 de marzo de 2015]
- “F., A.L. s/ medida autosatisfactiva”, F. 259. XLVI. CSJN (2012).
- Gogna, M., Romero, M., Ramos, S., Petracci, M., & Szulik, D. (2002). *Abortion in a Restrictive Legal Context: The Views of Obstetrician–Gynaecologists in Buenos Aires, Argentina*. *Reproductive Health Matters*, 10(19), 128–137. [consulta: 19 de marzo de 2015]
- Human RightsWatch. (2005). *Decisión prohibida: acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*. Vol. 17, No. 1. [en línea] [consulta: 7 de abril de 2015]
- Human RightsWatch. (2010). *¿Derecho o Ficción? La Argentina no rinde cuentas en materia de salud reproductiva*. [en línea] [consulta: 7 de abril de 2015]
- Mazzeo, V. & Vinacur, J. C. (2010). La omisión del registro de la causa de muerte materna en los establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008. *Población de Buenos Aires*, 7(12) 59–65. Consulta: 26 de abril de 2015.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2014). *Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2009). *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2014). *Estadísticas Vitales (Serie 5-Número 57)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Miranda, J.N. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista de Estudios Médico Humanísticos*. 6(6). Pontificia Universidad Católica de Chile. [consulta: 25 de mayo de 2015]
- Ramos, S., Romero, M., & Aizenberg, L. (2015). *Women’s experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina*. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 4–15.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M., & Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Szulik, D., Gogna, M., Petracci, M., Ramos, S., & Romero, M. (2008). *Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos*. *Salud Pública de México*, 50(1), 32–39.
- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. (2014). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013*. Geneva: World Health Organization.
- WMA International Code of Medical Ethics. (2006, January 10). [consulta: 25 de mayo de 2015].
- Zamberlin, N. (2007) *El aborto en la Argentina*. Despenalización del aborto. [en línea] [consulta: 26 de marzo de 2015]