

LOS MÉDICOS FRENTE A LA ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO: ¿UNA TRANSICIÓN IDEOLÓGICA?

SILVINA RAMOS
MÓNICA GOGNA
MÓNICA PETRACCI
MARIANA ROMERO
DALIA SZULIK

**LOS MÉDICOS FRENTE A LA
ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO:
¿UNA TRANSICIÓN IDEOLÓGICA?**



CEDES

Buenos Aires, Argentina

© CEDES

ISBN: 950-9572-20-9

CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Sánchez de Bustamante 27

(1173), Buenos Aires, Argentina

Telefax: (54-11) 4865-1707/1704

(54-11) 4862-0805

E-mail: salud@clacso.edu.ar

Web site: <http://www.cedes.org>

In memórium
Juan José Llovet

ÍNDICE

Agradecimientos	13
Acerca de las autoras	15
Prólogo	17
 Introducción	 23
El estudio: objetivos e hipótesis	23
Los médicos/as en el contexto de transición política de la salud reproductiva en la Argentina	27
 1. Contexto social y político de la anticoncepción y el aborto en la Argentina	 31
Anticoncepción	32
Situación política y normativa de la anticoncepción	32
El comportamiento anticonceptivo de la población	38
Los nudos críticos de la anticoncepción	41
Aborto	42
Situación política y normativa del aborto	42
La práctica del aborto	43
Los nudos críticos del aborto	48
 2. Diseño y metodología	 51
Los sujetos de la investigación	51

La estrategia metodológica del estudio: utilización de varias técnicas de recolección de la información	54
El trabajo de campo	56
La administración de la entrevista semiestructurada.....	57
La implementación de la encuesta autoadministrada.....	58
La aplicación de los grupos focales	62

3. Opiniones de los tocoginecólogos/as del área metropolitana de Buenos Aires sobre la salud reproductiva	65
Dos problemas de salud pública: la anticoncepción y el aborto.....	65
Las orientaciones de la política pública en anticoncepción.....	67
Las políticas públicas sobre la anticoncepción.....	68
La implementación de programas	71
El rol del hospital público y los servicios de planificación familiar	72
La valoración de la anticoncepción como práctica asistencial	73
Los jefes/as de servicio: actores relevantes	79
¿Cuán prestigiosa es la anticoncepción para los médicos/as?	81
¿Existe una jerarquía de prácticas preventivas?	85
La perspectiva de los tocoginecólogos/as acerca de las mujeres pobres y la anticoncepción	88
Métodos, tipos de pacientes y decisiones anticonceptivas	91
Las decisiones anticonceptivas.....	91
Los/as adolescentes y la anticoncepción	92
Métodos anticonceptivos: información, provisión y prescripción	93
Los criterios prescriptivos	96
Los métodos “excepcionales”: anticoncepción de emergencia y ligadura tubaria.....	97
El aborto es un problema de salud pública.....	102
Perspectivas acerca de la práctica y la legislación sobre el aborto	103
Perspectivas sobre la interrupción voluntaria de la gestación	104
Perspectivas sobre la legislación acerca del aborto	106

La estrecha relación entre la legislación sobre el aborto y la disminución de la mortalidad materna.....	110
La atención de las mujeres que se internan por complicaciones de aborto en los hospitales públicos.....	115
La opinión acerca de los aspectos legales: la denuncia policial y la sanción penal.....	125
4. Conclusiones y recomendaciones de políticas	131
La metodología aplicada: algunos aprendizajes	131
Sobre la anticoncepción.....	133
Sobre el aborto	135
La investigación y las políticas públicas.....	138
Referencias bibliográficas	139

AGRADECIMIENTOS

La investigación que dio origen a este libro fue posible gracias al apoyo de varias instituciones. Queremos agradecer al Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud y a la Secretaría de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Cultura y Educación por los subsidios otorgados. También a la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires por dar su auspicio a nuestro estudio.

Este trabajo fue posible gracias al entusiasmo y la confianza de muchas personas. En primer lugar, queremos destacar la colaboración de la amplia mayoría de los jefes/as de servicios de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos a quienes se entrevistó y solicitó colaboración para aplicar la encuesta a los/as profesionales de sus servicios. Especial consideración merecen nuestros colegas médicos/as que estuvieron dispuestos a compartir sus ideas con nuestro equipo, completando la encuesta y participando en los grupos focales, así como las secretarias, enfermeras, trabajadoras sociales, sociólogas, parteras y psicólogas que tuvieron la perseverancia necesaria para recuperar la gran mayoría de todos los formularios. Del mismo modo, queremos expresar nuestro agradecimiento a Teresa Durand y Ana Domínguez Mon por el aporte brindado en la puesta en marcha del estudio, la realización del trabajo de campo y el análisis preliminar del material recogido, al igual que a Alicia de Santos quien pacientemente revisó este texto y nos ayudó a mejorarlo en muchos sentidos.

Deseamos agradecer a José Barzelatto, quien nos apoyó con entusiasmo cuando, en 1993, iniciamos el Programa de Salud Reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos en el CEDES con el apoyo de la Fundación Ford. En esos momentos, sus sugerencias fueron una orientación y un estímulo valiosos para el equipo.

Nuestro reconocimiento también a quienes, estimulados por los resultados de este estudio, se dispongan a encarar las estrategias y acciones apropiadas para que la comunidad de tocoginecólogos/as sea protagonista de los cambios necesarios para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres con el debido respeto a sus derechos, la dignidad de trato y la competencia técnica que necesitan y merecen.

Por último, un cálido recuerdo y agradecimiento a nuestro colega y amigo Juan José Llovet, quien diseñó este proyecto y le imprimió la imaginación sociológica de la que era un dedicado cultor. Estaba convencido, al igual que nosotras, del valor del conocimiento científico como instrumento para construir una sociedad más justa.

ACERCA DE LAS AUTORAS

MÓNICA GOGNA

Socióloga, graduada de la Universidad del Salvador (Buenos Aires). Diploma Superior en Ciencias Sociales (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Buenos Aires). Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Ciencias Sociales). Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Investigadora titular del Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Docente de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO - Buenos Aires). Integra el Foro por los Derechos Reproductivos.

MÓNICA PETRACCI

Socióloga. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Ciencias Sociales). Investigadora del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) e investigadora visitante del Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Profesora de la Carrera de Ciencias de la Comunicación (UBA) y de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO - Buenos Aires). Especialista en investigación social en el campo de la opinión pública y la salud reproductiva. Ha publicado *Feliz posteridad. Cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*. Es autora, además, de numerosos artículos incluidos en compilaciones y en revistas especializadas argentinas y extranjeras.

SILVINA RAMOS

Socióloga, graduada de la Universidad del Salvador (Buenos Aires). Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Filosofía y Letras). Investigadora titular del Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Especialista en investigación social en el campo de la salud/enfermedad y salud reproductiva. Coordinadora académica de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO - Buenos Aires). Profesora en programas de posgrado en instituciones argentinas y latinoamericanas en los campos de sociología de la salud, metodologías cualitativas y salud reproductiva. Ha sido consultora de organizaciones internacionales (OPS, UNICEF, BID, Banco Mundial) y de fundaciones internacionales (IPPF, Fundación Ford y Fundación Mac Arthur). Integra el Foro por los Derechos Reproductivos.

MARIANA ROMERO

Médica y Maestra en Ciencias en Salud Reproductiva. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Medicina). Investigadora asociada del Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Coordinadora de estudiantes de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO - Buenos Aires). Docente de posgrado en epidemiología y salud reproductiva a nivel nacional y latinoamericano. Consultora de organismos internacionales como el FNUAP y de fundaciones como The Population Council, Wellstart International y Packard Foundation. Integrante del Foro por los Derechos Reproductivos y de la comisión científica de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática.

DALIA SZULIK

Socióloga, graduada de la Universidad de Buenos Aires. Magister en Ciencia Política, Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de General San Martín. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Filosofía y Letras). Investigadora del Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Docente de la Carrera de Ciencias de la Comunicación (UBA).

PRÓLOGO

La obra que aquí se presenta arroja luz sobre un tema fundamental, la salud reproductiva, en un país de América latina, Argentina, sobre el que sabemos poco. La Argentina es un país diferente al resto de la región. Por una parte, su crecimiento poblacional ha sido mucho más lento que el de la mayoría de sus vecinos y sus indicadores de salud y educación, entre muchos otros, han sido más favorables. Por otra, la Argentina ha adoptado políticas de población muy conservadoras (pronatalistas), postura que se refleja en una existencia muy limitada y reciente de servicios públicos de planificación familiar, con una escasa mención a los temas de salud reproductiva y anticoncepción en los programas universitarios para profesionales de la salud, en la falta de normas médicas consistentes, en un bajo prestigio de estos temas en la comunidad científica, y en la inexistencia de encuestas de demografía y salud mismas que, en prácticamente todos los países de América latina, han permitido describir la fecundidad, los patrones anticonceptivos y la percepción de la población sobre aspectos esenciales de la salud reproductiva. En el contexto internacional de las últimas décadas, la Argentina se ha caracterizado por una posición consistente con su política interna que la ha llevado a establecer alianzas con las naciones más conservadoras (el Vaticano, los países islámicos y algunos de América Central) en las conferencias de Naciones Unidas de El Cairo (1994) y Beijing (1995) y sus revisiones cinco años más tarde (El Cairo y Beijing + 5).

¿Cómo se explica que un país donde la planificación familiar no es un programa público de relevancia y el aborto inducido está legalmente restringido, el crecimiento poblacional sea bajo? ¿Cómo se entiende que en un país donde la medicina es de calidad, las bases científicas sobre las que los médicos y médicas sustentan su práctica anticonceptiva estén, con frecuencia, no actualizadas? ¿Cómo es que en un país donde amplios sectores de la población tienen altos niveles de educación y sustentan posturas liberales, las leyes y los alineamientos internacionales son tan conservadores? Elementos para responder a éstas y muchas otras preguntas esenciales se ofrecen en esta obra, que continúa una línea de trabajo consistente y comprometida del mismo grupo de investigadores y de otros igualmente pioneros en este campo, citados y referidos con detalle en el texto.

En este libro se presenta y se discute información empírica de gran calidad, que resulta de un diseño de investigación riguroso en el que se combinan métodos y técnicas cualitativos y cuantitativos. Este abordaje combinado, aunado a una recolección cuidadosa y detallada de la información, permite que el lector alcance una visión interesante y completa de la postura de los médicos que ejercen en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires y algunos partidos del Gran Buenos Aires, sobre dos temas esenciales de salud reproductiva: la anticoncepción y el aborto.

La elección de los médicos como población del estudio es acertada: ellos son quienes llevan las políticas, las leyes y las normas institucionales a la práctica, y las convierten en realidad para la mujer y la pareja que buscan ayuda y consejo. Los médicos son quienes “filtran” y adaptan estos principios generales en la intimidad del consultorio. De los profesionales de la salud depende que el acceso de los pacientes a los servicios sea fácil o difícil, y ellos son, asimismo, quienes pueden aliviar o exagerar culpas. Todo ello, en gran medida, es el resultado de sus valores individuales y capacidad para separar su práctica profesional de los mismos. Dado que estas posturas se definen dentro de un contexto ideológico amplio, ¿variarán según la edad, el género y la posición de los médicos en la jerarquía del sistema de salud? Éstas son dimensiones que los autores cruzan con todas las demás, en su esfuerzo por describir las diferencias dentro de patrones que no son monolíticos.

La decisión de estudiar las visiones frente al aborto y la anticoncepción en un mismo trabajo es interesante. En efecto, ambos asuntos

han sido y son prioridades de salud pública y, al mismo tiempo, temas controvertidos que sirven de pantalla para que se proyecte el conflicto entre los valores religiosos y morales, así como las necesidades reales y sentidas de las mujeres, las parejas y las familias. No deja de sorprender, sin embargo, que en la Argentina la anticoncepción se visualice como un tema de debate equivalente al del aborto, cuando desde la década de 1960 la planificación familiar ha formado parte de la agenda pública y privada en la mayor parte del mundo, y sólo los grupos radicales de derecha son quienes la cuestionan actualmente. El aborto, en cambio, es un parteaguas que separa de forma radical a aquellos que defienden el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo no deseado y los que lo califican como un crimen, un tema que está muy lejos de resolverse con madurez en toda América, incluyendo la del norte.

La información sobre la postura de los médicos ante la interrupción voluntaria del embarazo presentada en este libro es vigente y similar a la obtenida en otros sitios: así, por ejemplo, los médicos suelen reconocer como legítimas algunas causas para el aborto como el peligro para la vida de la madre, la violación o las malformaciones incompatibles con la vida, mientras rechazan otras como la decisión de la madre, las circunstancias sociales y económicas. Asimismo, si bien reconocen la legitimidad del deseo de interrumpir un embarazo bajo ciertas circunstancias, muchos de ellos se declaran personalmente no dispuestos a realizar el procedimiento. Más allá de estas distinciones, estas opiniones se enmarcan en un consenso sobre la importancia del aborto inducido como un problema prioritario de salud pública. En efecto, los médicos entrevistados dan las razones fundamentales para que así sea considerado: el aborto es frecuente, su atención consume importantes recursos del empobrecido sistema público de salud, sus complicaciones pueden prevenirse con medidas sencillas y la distribución de sus consecuencias no es equitativa, recayendo sobre las mujeres pobres y no informadas. Por último, los médicos reconocen que el personal de salud adopta posiciones punitivas (consciente o inconscientemente), ante la mujer que acude al servicio en busca de ayuda por un aborto incompleto o complicado. Así, dando como justificación la necesidad de conocer la evolución del padecimiento desde su inicio, el personal de salud “interroga” a la mujer hasta hacerle “confesar” sus esfuerzos por interrumpir la gestación. Lamentablemente, éstas son realidades que se han documentado en la Argentina

y en todos los sitios donde estos temas han sido estudiados. En el trabajo que nos ocupa, sin embargo, también se dejan oír voces refrescantes de médicos que entienden el problema, y están dispuestos a abordarlo con humanidad y profesionalismo. A diferencia de otros estudios, en el de la Argentina las mujeres son más proclives a adoptar posiciones de criterio amplio que sus colegas masculinos.

Las posturas, los conocimientos y las prácticas de los médicos entrevistados relativos a la anticoncepción tienen, en cambio, un sabor anticuado y, por momentos, sorprendente. Así, por ejemplo, se sostiene que la asistencia a un servicio de planificación familiar es una buena oportunidad para detectar o prevenir otros padecimientos. Si bien esto es incuestionable, llama la atención que la anticoncepción no sea vista como un fin en sí mismo. Igualmente, es de llamar la atención que los médicos aún teman sufrir los efectos de la censura social a sus actividades de planificación familiar y que desconozcan el derecho de los ciudadanos a recibir estos servicios (esto último resulta menos sorprendente cuando se recuerda que menos de treinta años atrás –en 1974– la anticoncepción fue prohibida y que esta disposición sólo fue levantada en 1986) Desde una perspectiva técnica, se observa que aún persisten creencias y prácticas que en otras latitudes han sido desechadas hace décadas por carecer de sustento científico. Ejemplo de ello son los complicados requisitos que rodean el uso del dispositivo intrauterino (análisis de laboratorio y colposcopia antes de la inserción, control por ecografía después, indicación de abstinencia sexual durante los diez días posteriores a la colocación, etc.), los que constituyen verdaderas barreras para la adopción del método. Desde el punto de vista de los derechos reproductivos, sorprende que el discurso incluya siempre referencias a la pareja, sin reconocer el hecho de que esta imagen idílica no corresponde a la realidad de muchas adolescentes y adultas que recurren a la anticoncepción en ausencia de una pareja estable y solidaria. En este tema, así como en el del aborto, se oyen también voces disonantes. Los casos específicos y las citas textuales aportan un gran realismo al mosaico de opiniones entre los médicos entrevistados.

En suma, este libro llena un hueco en la reflexión conceptual y la información empírica disponible en la Argentina. Éste es el resultado de la trayectoria, la postura y el conocimiento de sus autores, y del rigor de la investigación realizada que cumple con los criterios metodológicos y éticos más exigentes. Sin duda, estas aportaciones pasarán a

constituir puntos de referencia esenciales en el debate público sobre planificación familiar y aborto inducido, servirán para identificar nuevos temas de investigación, darán elementos para las discusiones legislativas y, al ser compartidas con los que fueron entrevistados para este libro, los inducirán a cuestionar sus posturas personales en el contexto de la historia reciente de estos temas en la Argentina, así como de las opiniones de sus colegas. Para América latina, este libro constituye una contribución fundamental a la aún escasa (y muy necesitada) literatura científica sobre temas controvertidos de salud reproductiva.

ANA LANGER
México, octubre de 2001

INTRODUCCIÓN

*Cuando un médico habla de anticoncepción
no hay que preguntarse cuánto sabe de
medicina, sino con qué ideas religiosas,
morales o políticas se identifica.*

ALEX CONFORT

EL ESTUDIO: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo del estudio fue indagar las opiniones de los ginecólogos/as y obstetras de los establecimientos públicos de la ciudad de Buenos Aires y de algunos partidos seleccionados del Gran Buenos Aires frente a algunos temas centrales de la agenda de la salud reproductiva: anticoncepción, aborto y derechos sexuales y reproductivos. Adicionalmente, se exploraron posibles diferencias en las opiniones de esta comunidad profesional conforme a variables de perfil sociodemográfico e institucional, como: sexo/género, edad y ubicación geográfica del hospital.

De este objetivo se desprendieron otros específicos para cada uno de los temas centrales del estudio.

En relación con la anticoncepción, el estudio se propuso:

1. Determinar el grado de relevancia que otorgan a la anticoncepción como *issue* científico, social y profesional y como problema de salud pública.
2. Describir las opiniones que tienen en relación con la función de las políticas públicas en el campo de la salud reproductiva y, en particular, con el rol del hospital público.
3. Conocer el nivel de iniciativa que consideran deben asumir en la información y prescripción de anticonceptivos.

4. Determinar los criterios y las preferencias en la prescripción de métodos según la situación diferencial de las pacientes (nulípara/múltipara y adolescente/adulta).
5. Conocer la evaluación que tienen de los servicios de planificación familiar que funcionan en los hospitales públicos.

Si bien la indagación sobre las opiniones de ginecólogos/as y obstetras propuesta fue de naturaleza descriptiva, la investigación se apoyó en algunas hipótesis de trabajo que guiaron el relevamiento y análisis de la información. Con respecto a la anticoncepción, recogiendo evidencias de estudios previos (Balán y Ramos, 1989; González, 1995), el estudio se planteó como hipótesis que los tocoginecólogos/as de establecimientos públicos otorgan escasa importancia a la prestación anticonceptiva debido a la inexistencia de incentivos (profesionales y científicos) y a la primacía de un paradigma curativo que orienta tanto su formación profesional como sus decisiones asistenciales.

Por definición, la anticoncepción es una práctica preventiva que integra el espectro de las prestaciones propias de la atención primaria. No obstante, los ginecólogos/as y obstetras, a lo largo de su formación, son capacitados priorizando y recompensando económica y simbólicamente las destrezas y los conocimientos destinados a la ejecución de procedimientos curativos, de cierto nivel de complejidad y sofisticación tecnológica. Esta tendencia permanece y, a menudo, se acentúa en las etapas posteriores de su carrera. En esta línea, un reciente estudio cualitativo en el cual se entrevistó a ginecólogos/as y obstetras del conurbano bonaerense muestra la demanda –planteadas por los/as profesionales entrevistados– por promover la inclusión de la regulación de la fecundidad como un tema central en la currícula de grado y posgrado (López y Findling, 1998). Por otro lado, en los establecimientos públicos no hay incentivos para que los médicos/as se sientan estimulados para recomendar métodos ni reglamentaciones internas claras y explícitas para orientar la asistencia en anticoncepción, a pesar del marco legal vigente en la ciudad de Buenos Aires.

En relación con el aborto, el estudio se propuso:

1. Determinar el grado de conocimiento que poseen sobre las normas jurídicas referidas a la interrupción voluntaria del embarazo y la trascendencia que otorgan al aborto como problema social y de salud pública.

2. Conocer sus opiniones sobre las mujeres que abortan y sobre los médicos/as que realizan abortos clandestinamente, así como su acuerdo o rechazo a la despenalización del aborto.
3. Conocer la evaluación que tienen con respecto a la atención de las complicaciones de aborto en los hospitales públicos.

Con respecto al aborto, recogiendo evidencias de otros trabajos similares anteriores (Ramos y Viladrich, 1993; González, 1995; Zubieta, 1996), el estudio se guió por la siguiente hipótesis de trabajo: el aborto genera un alto grado de rechazo entre los tocoginecólogos/as de establecimientos públicos porque la atención de sus complicaciones representa una situación en la que, en general, se subvierten las expectativas que orientan la relación entre los médicos/as y los/as pacientes, y porque, de acuerdo con el perfil y las metas de los servicios, el aborto es percibido como un problema que desvía recursos asignados a otros fines y funciones.

Entre las “expectativas institucionalizadas” ligadas al rol del enfermo (Parsons, 1984) están las de que el individuo no es responsable de su estado de enfermedad y de que está obligado a buscar ayuda técnicamente competente y a cooperar con el médico/a. Es probable que entre los médicos/as predomine la idea de que, con independencia de sus determinaciones más generales, la interrupción de un embarazo es, en última instancia, un acto esencialmente deliberado y consciente, fruto de una voluntad “autónoma”. Además, en vez de colaborar, en caso de haberse provocado efectivamente un aborto, por obvias razones, la mujer habitualmente niega sus maniobras abortivas, provocando así la falta de comunicación de datos certeros y veraces que se supone un/a paciente debe dar a su médico/a. Por último, los establecimientos asistenciales en la Argentina carecen de servicios y de personal preparados para atender este tipo de emergencias. Más bien, están concebidos y estructurados con otros objetivos (como por ejemplo atender partos o controlar embarazos) que no contemplan entre sus fines “naturales” la necesidad de proveer asistencia de emergencia a mujeres que ingresan a los servicios por complicaciones de abortos provocados.

Como ya se indicó, la investigación también se propuso indagar las posibles diferencias por sexo/género en las opiniones de los/as profesionales alrededor de los temas centrales de la salud reproductiva seleccionados. En este sentido, se partió de la idea de que, dadas la

identidad de género, la comunidad de ciertas experiencias y vivencias básicas, las tocoginecólogas *vis à vis* sus colegas varones tendrían una posición diferente y serían más sensibles y permeables a las necesidades y demandas explícitas o latentes de las pacientes relativas a la regulación de la fecundidad y el aborto.

En esta línea, un estudio realizado en nuestro país entre médicos/as clínicos y generalistas concluyó que existe una diferencia estadísticamente significativa en el entrenamiento en salud de la mujer recibido por las médicas mujeres en comparación con el recibido por los varones, dato que los autores interpretan como una probable mayor predisposición de las mujeres para asistir a reuniones en las cuales se tratan problemas relacionados con la salud de las mujeres (Mejía *et al.*, 2000).

Adicionalmente, diversos estudios internacionales muestran que dentro de la profesión médica se está desarrollando un importante fenómeno demográfico: su feminización. En las últimas décadas, la medicina ha experimentado a escala mundial un sostenido aumento del contingente femenino (Pizurki *et al.*, 1988). La Argentina sigue esta misma tendencia: desde la década pasada están matriculadas y se gradúan más mujeres que hombres en las facultades de Medicina (Ministerio de Educación y Justicia, 1985).

El impacto de la feminización sobre la medicina es, aún, un interrogante (Eisemberg, 1989): ¿la entrada de mujeres a la medicina remueve los criterios, las pautas, los valores, otrora hegemonícamente masculinos, o las mujeres que entran a la profesión se enfrentan a un rol cuya rigidez las obliga a homologarse actitudinal y valorativamente con sus pares varones, de modo de adaptarse? La pregunta cobra particular relevancia en relación con los ginecólogos/as y obstetras: “Las potenciales contribuciones que las mujeres pueden hacer a la práctica de la medicina son especialmente importantes en ginecología y obstetricia. Las mujeres pueden estar más motivadas a reducir la tradicional fragmentación de la atención médica de las mujeres, separada en asistencia obstétrica, planificación familiar, servicios de aborto y cuidado ginecológico. Las mujeres médicas pueden comunicarse más plenamente con sus pacientes, y sería deseable que las mujeres pacientes fueran estimuladas a participar activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidado” (Kutner y Brogan, 1990, pág. 104, nuestra traducción).

LOS MÉDICOS/AS EN EL CONTEXTO DE TRANSICIÓN POLÍTICA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA ARGENTINA

Dada la transición en la que el Estado y la sociedad argentinos se hallan en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, resulta pertinente interrogarse acerca del rol y las perspectivas de los médicos/as, conforme la premisa de su protagonismo en este campo. Éste fue el punto de partida del estudio que presentamos.

Sin duda en el presente, la profesión médica ejerce un papel central en relación con los aspectos inherentes a la reproducción humana. Los médicos/as tienen legal y normativamente adjudicada la autoridad de obrar en este terreno como máximos expertos técnicos. Su influencia se desenvolvería a través de: a) sus prácticas, en las que manejan diversos recursos y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; b) sus mensajes, los que comunican a los beneficiarios/as de sus servicios, y asimismo los que transmiten hacia audiencias más amplias. A su vez, por acción u omisión, son los mediadores/as de las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia del Estado.

La incorporación de la reproducción a la órbita médica constituye un hecho histórico complejo y bastante reciente. En Occidente, los médicos/as consiguieron, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, asegurarse el monopolio sobre las actividades encaminadas a evitar y abatir la enfermedad (Verlant, 1975; Freidson, 1978; Cockerham, 1989; Conrad y Schneider, 1990; Llovet, 1992). Juntamente con la conquista y el posterior fortalecimiento de ese monopolio, quedaron bajo la égida de un grupo ocupacional en su momento excluyentemente masculino –y dentro de éste, de un subgrupo especializado, los ginecólogos-as/obstetras o tocoginecólogos-as– una serie de actos y procesos –como el embarazo, el parto, el puerperio– hasta entonces no problematizados y percibidos como relativamente naturales o que estaban a cargo de mujeres profanas. También fueron ganando en legitimidad para cooptar, dentro de su radio de saberes y prácticas, la definición y aplicación de lo correcto/incorrecto, aconsejable/desaconsejable, normal/anormal, permitido/prohibido, etcétera, en lo concerniente a la regulación de la fecundidad e incluso, por extensión, a la sexualidad. Como corolario, en la esfera de la reproducción humana, los médicos/as han alcanzado una “vigorosa omnipresencia” (Mitjavi-la y Echeveste, 1994).

Con todo, en el caso argentino, esa presencia ha tenido ribetes difusos en la esfera pública y un perfil más bajo del que cabe esperar, sobre todo en aquellas coyunturas en las que el discurso médico podría haber adquirido un peso decisivo. Veamos algunos ejemplos en esta dirección.

En ocasión del debate público generado por la iniciativa gubernamental de introducir, en la reforma constitucional de 1994, una cláusula sobre el derecho a la vida desde el momento de la concepción, sólo dos o tres profesionales dieron su visión sobre el asunto a título exclusivamente personal y respondiendo a invitaciones de los medios de comunicación. La única manifestación de una entidad representativa del campo de la medicina fue una escueta declaración de la Academia Nacional de Medicina en la que se sostenía que “la vida humana comienza con la fecundación” y que “terminar deliberadamente con una vida humana incipiente es inaceptable”. También se rechazaba la idea de que la legalización del aborto disminuyera la morbilidad materna o que terminara con su clandestinidad. La declaración, a pesar de su contenido claramente antiabortista, no se pronunciaba explícitamente sobre el artículo en discusión (*Clarín*, 4 de agosto de 1994). Ni las facultades de medicina ni las sociedades científicas emitieron opinión institucional alguna.

Algo bastante semejante ocurrió en 1995, cuando se trató en la Cámara de Diputados de la Nación el proyecto de ley sobre el Programa Nacional de Procreación Responsable. Ninguna organización corporativa o científica de la medicina tomó la palabra públicamente, limitándose la participación a unos pocos/as especialistas que, en este caso, fueron convocados por las comisiones de la Cámara para recabar sus puntos de vista, y a un par de ginecólogos muy prestigiosos, a los que los diarios y radios entrevistaron reiteradamente para recoger sus opiniones sobre si el DIU es un método abortivo o no lo es.

En lo atinente al plano microinstitucional y asistencial, hay algunos estudios que, como objetivo central o como uno de sus componentes, se han detenido a analizar lo que los médicos/as dicen y/o hacen frente a la anticoncepción y el aborto. En esta línea, Balán y Ramos (1989), y González (1995) coinciden en subrayar la prescindencia y pasividad de los/as profesionales de hospitales públicos en cuanto a la orientación y prescripción anticonceptiva. Según estos autores, ello expresaría la débil conciencia e interés de los médicos/as acerca de su incumbencia y responsabilidad respecto a esta prestación cuando se

trata de y con la población hospitalaria, mayoritariamente conformada por mujeres de sectores socialmente desprotegidos. El consejo abierto y activo se desencadenaría exclusivamente frente a casos en los que un próximo embarazo podría comprometer seriamente y en forma inmediata la salud del hijo/a o de la madre (por múltiples cesáreas, prolapsos, etcétera). Los criterios que se tendrían en cuenta serían siempre estrictamente médicos, sin lugar para consideraciones relativas a la situación social o familiar de la paciente, y menos aún a sus deseos, expectativas y derechos.

Para los médicos/as, atributos como la desidia, la vergüenza, la falta de información y la ignorancia serían la razón de la no utilización de métodos, su uso inadecuado y/o la ausencia de demandas claras por parte de las mujeres de menores recursos, atribución que trasluce sesgos estigmatizantes. Una atención gineco-obstétrica fragmentada, dentro de la cual la planificación familiar aparece como un segmento separado y aislado, contribuiría, en suma, a reproducir las condiciones que favorecen que estos sectores recurran a fuentes no especializadas para obtener información anticonceptiva.

También son coincidentes los hallazgos de Ramos y Viladrich (1993), González (1995) y Zubieta (1996) sobre la predisposición y conducta de los médicos de hospitales frente a las pacientes con complicaciones por aborto. Estas pacientes suelen ser tratadas con desconfianza y hostilidad por parte del personal. Lo usual sería que se las margine y se las presione verbalmente para buscar confirmación sobre si han sido sometidas o se han autoinfligido maniobras abortivas, discernir así entre una interrupción provocada y una espontánea, y disponer con ello de elementos de juicio para indicar el tratamiento más adecuado. Cuando hay indicios de maniobras y, sin embargo, la mujer se niega a admitirlo, la situación es percibida como un desafío a la autoridad médica y como un intento de “engañar” al profesional. La atención de estos casos desagrade a los médicos, disgustados por el retaceo de información e inquietos por eventuales problemas legales. Corrientemente, el personal médico plantea la necesidad de radicar la denuncia policial, extremo que no suele producirse, salvo que el estado de salud de la mujer sea muy crítico y se tema por su sobrevivencia. Junto a argumentaciones sobre las causas sociales, económicas y culturales que explicarían la decisión del aborto, entre los médicos también surgen creencias estigmatizantes acerca de atributos idiosincrásicos de las mujeres de

sectores sociales desprotegidos (ignorancia, irresponsabilidad sexual, promiscuidad, entre otros).

Los resultados de estudios realizados en la Argentina, coincidentes con otros reportados por investigaciones en otros países de América latina (Ramos y Viladrich, 1993; González 1995; Zubieta, 1996; López y Findling, 1998) han mostrado que, frente a la anticoncepción y el aborto, circulan dentro de los discursos y las prácticas de los profesionales de la salud, un conjunto de ideas, valores, prejuicios, temores y dudas que atentan contra su responsabilidad profesional para atender apropiadamente a las mujeres. Estas evidencias han llevado a pensar, entre algunas otras razones, que “las actitudes del personal de salud” constituyen un tópico a incluir en una agenda de investigación sobre el aborto inducido en América latina, tal como lo señala Mundigo (1994).

El libro ha sido organizado en secciones. En la primera sección se justifica el por qué de este estudio. En la segunda se presenta el contexto en el cual los datos deben ser analizados e interpretados. Se introducen consideraciones sobre las orientaciones políticas e ideológicas del debate acerca de la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, con una perspectiva histórica, e información actualizada sobre las normativas vigentes en este tema y sobre el comportamiento de la población en materia de regulación de la fecundidad y el aborto. En la sección tercera se hace referencia al diseño y la metodología utilizados en la investigación. En la cuarta sección se presentan los resultados. La sección quinta está dedicada a presentar las reflexiones finales y las recomendaciones para las estrategias de *advocacy* dirigidas a la comunidad médica.

1. CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO DE LA ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO EN LA ARGENTINA

En relación con la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la Argentina está atravesando una transición que se caracteriza por la emergencia de incipientes y, a menudo, contradictorios signos de cambio. La transición consiste en el pasaje desde una monolítica situación de restricciones y omisiones a otra en la que la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos va adquiriendo mayor visibilidad pública y en la que paulatinamente se introducen cambios institucionales y programáticos en los diversos niveles de la política pública.

Para cada una de las dos temáticas de la salud reproductiva analizadas en este estudio, la presentación del contexto ha tomado en consideración tres ejes. En primer lugar, una descripción de la situación política y normativa. A este primer eje sigue una sección en la cual se presenta la información disponible en el país sobre los comportamientos y las prácticas de la población. Finalmente, se identifican aquellos aspectos que, a nuestro entender, se constituyen como “nudos críticos” de estas problemáticas de la salud reproductiva. El desarrollo de los tres ejes mencionados comienza con la anticoncepción y, seguidamente, se continúa con el tema del aborto.

ANTICONCEPCIÓN

SITUACIÓN POLÍTICA Y NORMATIVA DE LA ANTICONCEPCIÓN

La Argentina ha sido un caso excepcional en América latina en cuanto al comportamiento reproductivo de su población. Desde principios del siglo XX se sostuvo un lento crecimiento demográfico, producto del casi secular declive de la tasa bruta de natalidad, determinada por los limitados niveles de fecundidad. En efecto, el descenso de la fecundidad comenzó muy tempranamente (entre 1880 y 1910), producto de la motivación de la población por regular la fecundidad y tener un tamaño reducido de familia (Pantelides, 1989). La singularidad del caso argentino descansa en el hecho de que esta “transición demográfica” ocurrió antes de la introducción de la anticoncepción moderna (básicamente, la “píldora”), fenómeno que recién se produjo a fines de los años sesenta.

Otra singularidad de nuestro país ha sido la actitud históricamente refractaria del Estado para reconocer y atender los derechos y los problemas de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción. El comportamiento de la fecundidad, sumado a consideraciones de orden geopolítico distintivas del pensamiento conservador, dieron forma y sustentaron una ideología pronatalista, que permeó las políticas y los programas de salud públicos (Llovet y Ramos, 1986; Novick, 1992).

Durante los años setenta la situación se volvió más crítica: el Estado adoptó una política represiva en esta materia. En 1974, el gobierno de Isabel Perón promulgó el decreto 659 que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad y establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos, así como la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. “La persistencia de bajos índices de crecimiento de la población [...] que compromete aspectos fundamentales del futuro de la República” fue presentada como justificación central de esta disposición. Esa prohibición afectó seriamente el funcionamiento de los primeros servicios de asistencia en anticoncepción, que habían comenzado a desarrollarse en las instituciones de salud pública a principios de los años setenta, por la iniciativa y el esfuerzo de algunos profesionales y con el apoyo casi exclusivo del sector privado (Gogna y Ramos, 1996).

El argumento de que la Argentina era un país con espacios des poblados, que la debilitaban geopolíticamente, fue retomado como piedra angular de las políticas de población de la dictadura militar. En 1977 se promulgó el decreto 3.938, que aprobaba los objetivos y políticas de la Comisión Nacional de Política Demográfica. Allí se señalaba la necesidad de “eliminar las actividades de control de la natalidad” ya que “el cumplimiento de los objetivos de crecimiento y razones fundamentales de seguridad nacional, requieren una mejor relación entre población y territorio”.

La recuperación de la democracia en 1983 permitió el levantamiento de esta disposición recién a mediados de 1986, aunque este nuevo escenario legal no significó ni la inmediata ni la generalizada implementación de acciones concretas en el campo de la planificación familiar. A través del decreto 2.274 se derogaron los decretos “restrictivos” y se reconoció –por primera vez en un instrumento legal– “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos”. El nuevo decreto establecía que el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación promovería acciones para mejorar la salud de la madre y el niño, y fortalecer y desarrollar la familia. En particular, se destacaba la importancia de la difusión y el asesoramiento en materia de anticoncepción de manera que la población pudiera ejercer el derecho de decidir acerca del número y espaciamiento de los hijos/as.

Cabe advertir el tipo de argumentación que sostiene cada uno de los instrumentos legales reseñados. Los decretos “restrictivos” apelaban a razones de Estado para prohibir el acceso a la anticoncepción. El decreto de 1986 levantó la prohibición de ofrecer servicios anticonceptivos en hospitales públicos, basándose en el reconocimiento del derecho de las parejas a decidir “con creciente libertad y responsabilidad” acerca de la reproducción y en razones de salud pública. Sin duda esta nueva situación legal significó un punto de inflexión y, a partir de esa fecha, se produjeron algunos hechos significativos.

Por cierto, la primera experiencia programática en el campo de la planificación familiar fue impulsada en 1988 por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. En ese momento se creó, como experiencia piloto, el Programa de Procreación Responsable, destinado a suministrar asistencia en anticoncepción a la población usuaria de los servicios de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires. En los primeros años, su desarrollo estuvo dificultado por disconti-

nuidades en el abastecimiento y en la entrega gratuita de los métodos, amén de verse acotado a un número muy reducido de establecimientos de la red de servicios de salud municipales (Vitale, 1992). Gracias a una iniciativa de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, este programa cuenta, desde 1995, con una partida presupuestaria especial, lo cual le ha conferido estabilidad financiera, en coincidencia con su gradual expansión a la largo de la red asistencial. De todos modos, la firmeza de su implantación y de su funcionamiento en cada hospital o centro de salud siguió dependiendo –durante varios años–, en gran medida, del apoyo de los respectivos jefes/as de los servicios de ginecología y obstetricia.

En 1994, se incorporó a la nueva Constitución Nacional, entre otros tratados internacionales, la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW),¹ que ya había sido ratificada por el Congreso de la Nación en 1985. En esta Convención, los Estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el “[...] acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia” (artículo 10) y “[...] los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (artículo 16).

En noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a la Ley de Procreación Responsable. El proceso de aprobación fue dificultoso debido a la fuerte presión de la Iglesia Católica y del Poder Ejecutivo, que intentó alinear al bloque oficialista en contra de esta iniciativa. A pesar de ello, y como efecto de la fuerte presión social del movimiento de mujeres, del compromiso de legisladores –fundamentalmente mujeres– y de un clima favorable en la opinión pública, se logró la media sanción de la ley.² Posteriormente

1. *La Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue suscripta por la República Argentina el 17/7/80, aprobada según ley 23.179 sancionada el 8/5/85, promulgada el 27/5/85 y publicada en el Boletín Oficial el 3/6/85.*

2. *El proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados de la Nación estable-*

te, esta iniciativa legislativa perdió estado parlamentario a fines de 1997 dado que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento durante dos años (Gogna *et al.*, 1998).

Los procesos legislativos y programáticos descriptos fueron acompañados por la movilización del movimiento de mujeres y las tomas de posición por parte de los líderes de opinión y de diversas organizaciones sociales, incluidos representantes de la Iglesia Católica y otros cultos. La opinión pública de las mujeres –probablemente en consonancia con el comportamiento reproductivo– evidenció una posición decididamente a favor de una mayor apertura a nivel de la salud reproductiva. Casi la totalidad de las 200 mujeres de dieciocho y más años de edad residentes en la ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires, de acuerdo con los resultados de un estudio solicitado por el Consejo Nacional de la Mujer en 1994, estuvo de acuerdo con la colaboración activa de los hospitales públicos en la planificación familiar y el 96% opinó que la decisión sobre el número de hijos y el momento del nacimiento debe ser tomada por ambos miembros de la pareja. En cuanto a la educación sexual, un 91% se declaró muy de acuerdo a que sea impartida a los jóvenes a través de cursos sobre enfermedades de transmisión sexual (99%), uso del preservativo (99%) y uso de otros métodos anticonceptivos (98%) (Muraro, 1994).

La comunidad médica no fue ajena a ese debate, aunque su actuación pública estuvo fundamentalmente dada por la intervención de algunos pocos/as profesionales de reconocido prestigio, a quienes los medios de comunicación por un lado, y los cuerpos legislativos por el otro, convocaron para que, en calidad de expertos/as, dieran su opinión especializada.

El conjunto de los episodios señalados sirvió como arena para la promoción, por primera vez en el país, de un debate público acerca de los derechos sexuales y reproductivos y de la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud reproductiva (Gutiérrez,

cía que todos los servicios de salud del sistema público y de la seguridad social brindarán, a demanda de los usuarios, información y asesoramiento acerca de métodos anticonceptivos, prevención de cáncer génito-mamario y de enfermedades de transmisión sexual y sida, y que suministrarán métodos anticonceptivos de carácter reversible y transitorio. Se establece también la gratuidad de la provisión de métodos anticonceptivos para la población sin cobertura de salud.

2000). La cuestión reproductiva pasó a convertirse en un *issue* de la agenda pública y política de la Argentina y con ello, nociones como las de “salud reproductiva” y “derechos sexuales y reproductivos” comienzan poco a poco a ser familiares a los oídos de la sociedad y, en particular, a los oídos de la clase dirigente y los decisores de políticas públicas, agentes en cuyas manos se encuentran los cambios normativos y programáticos que la situación de la salud reproductiva en la Argentina demanda actualmente. Fue un fenómeno ciertamente inédito, habida cuenta de la opacidad y el ocultamiento que históricamente lo precedieron.

A partir de 1995, y como efecto dominó, se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país que creaban, si bien con matices ideológicos, programas de salud reproductiva y garantizaban de ese modo el acceso a métodos de planificación familiar, particularmente en los servicios de la red asistencial pública. En la actualidad, catorce provincias argentinas³ y la ciudad de Buenos Aires disponen de leyes que reconocen los derechos de mujeres y varones a regular su fecundidad e impulsan programas de salud reproductiva como parte indelegable de las responsabilidades del Estado para con sus ciudadanos/as. El grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil. En muchos casos estos programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos, actividades de promoción, etcétera.

En 1996, la redacción de la Constitución de la ciudad de Buenos Aires trajo también a la arena política un nuevo debate público sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El texto constitucional aprobado señala que: “Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación,

3. Se trata de las provincias de Buenos Aires (resolución 5.098/99, 14/10/99); Córdoba (ley 8.535, 4/4/96); Corrientes (ley 5.146, 29/11/96); Chaco (ley 4.276, 10/4/96); Chubut (ley 4.545, 23/11/99); Jujuy (ley 5.133, 3/6/99); La Pampa (ley 1.363, 27/12/91); La Rioja (ley 7.049, 14/12/00); Mendoza (ley 6.433, 22/10/96); Misiones (decreto 92, 2/2/98); Neuquén (ley 2.222, 31/10/97); Río Negro (ley 3.059, 19/12/96); Santa Fe (ley 11.888, 31/05/01), y Tierra del Fuego (ley 509, 3/01/01).

el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos” (artículo 37). Y que, a partir del funcionamiento de la Legislatura de la Ciudad, deberá ser sancionada en un término no mayor de un año una Ley Básica de Salud, que incluya la promoción de “la maternidad y paternidad responsables”, poniendo para tal fin a disposición de las personas “la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos” (artículo 21.4).

A principios de 1999 se sancionó la Ley Básica de Salud de la ciudad de Buenos Aires (ley 153), que tuvo por objeto “garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin”. En particular con relación a la salud reproductiva, esta ley reconoció los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso a información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen como derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y los servicios de atención médica. En sus consideraciones la ley establece la obligación del Poder Ejecutivo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de diseñar e implementar un programa de salud reproductiva y procreación responsable y un programa integral de prevención de VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de prevención y los medicamentos específicos.

En junio de 2000, luego de varios meses de discusiones y consultas con organizaciones sociales y representantes de las comunidades científicas y profesionales de la medicina, se aprobó en la Legislatura de Buenos Aires la ley 418 “Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable”. Los objetivos generales de esta ley son: a) garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos; b) garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio, y c) disminuir la morbilidad materna e infantil.

El 18 de abril de 2001, luego de reiteradas dilaciones, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a la ley que crearía el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Por este programa se brindaría, entre otras cosas, información y prescripción de métodos anticonceptivos a la población general sin discriminación alguna. Este proyecto se encuentra actualmente en la Cámara de Senadores para ser discutido en comisiones y, posteriormente, ser tratado en el recinto.

EL COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO DE LA POBLACIÓN

Dado que la Argentina no participó de los emprendimientos internacionales realizados en las últimas décadas para estimar los parámetros básicos del comportamiento reproductivo (es decir, la Encuesta Mundial de Fecundidad, la Encuesta Mundial de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos y las Encuestas de Demografía y Salud) ni tampoco ha encarado sistemáticamente por su cuenta una encuesta nacional de fecundidad o análoga, es más bien escasa y fragmentada, y sólo muy reciente, la disponibilidad de información sobre las actitudes y las prácticas de la población respecto de la regulación de la fecundidad (Valdés y Gomariz, 1993).

Algunos de los estudios realizados en las dos últimas décadas permiten armar un diagnóstico de la situación respecto de la prevalencia anticonceptiva en el país. Un estudio realizado en la primera mitad de los años ochenta sobre una muestra de más de 120 mujeres de sectores del área metropolitana de Buenos Aires arrojó un panorama en el que se destacaban: el empleo errático, discontinuo y fallido de los métodos modernos/eficaces, y la baja frecuencia con que la comunidad médica aparecía como fuente de información y prescripción. Tales rasgos eran, en gran medida, imputables a la dificultad de acceso a los agentes formal y socialmente expertos, fruto de la política de prohibición entonces vigente (Llovet y Ramos, 1986).

En esos mismos años, algunos estudios cualitativos mostraron que las dificultades de las mujeres pobres para acceder a información apropiada y al asesoramiento y seguimiento médico afectaban el comportamiento anticonceptivo, y aumentaban la ineficacia e inseguridad de las prácticas de regulación de la fecundidad (Balán y Ramos, 1989; López, 1993).

Hasta el momento, la única información disponible, sólo para ciertos aglomerados urbanos, proviene de una encuesta aplicada a la población femenina, a través del módulo especial adosado a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en la onda de mayo de 1994.⁴

4. Se encuentran publicados los datos correspondientes a los aglomerados del Gran Buenos Aires, Gran Rosario, Gran Mendoza, Paraná, Salta, Neuquén y Río Gallegos. En algunos casos, esta información está desagregada por grupos de edad y condición socioeconómica del hogar (NBI), lo que permite observar diferenciales (IN-

Los datos correspondientes a todos los aglomerados reportan una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos mayor al 50% (entre las mujeres sexualmente activas). Paraná es el aglomerado con menor prevalencia, 53,2%, y el Gran Buenos Aires con la mayor, 64,6% (corresponde el 72,8% a Capital Federal y el 62% al conurbano bonaerense).

En todos los aglomerados se observan diferencias significativas en la proporción de usuarias actuales según edad: en el grupo de 15 a 19 años esta proporción varía entre el 31% y el 45%, mientras que en el resto de las mujeres en edad fértil esta proporción varía entre el 53% y el 68%.

También en todos los aglomerados puede observarse una relación positiva entre el nivel de escolaridad y el uso de métodos anticonceptivos: a mayor nivel de escolaridad, mayor proporción de mujeres reportan usar un método anticonceptivo. En este caso, los diferenciales también son importantes: en todos los aglomerados, la diferencia porcentual entre las mujeres de mayor escolaridad que se reportan usuarias respecto de las de menor escolaridad se eleva por encima de los 20 puntos (con excepción de Neuquén y Río Gallegos). En particular, en el Gran Buenos Aires, el 51% de las mujeres con educación primaria incompleta se declaran usuarias, en contraste con el 72% de las mujeres con educación secundaria completa y más que declaran usar un método anticonceptivo.

Al observar el uso de anticonceptivos según condición social del hogar (hogares con NBI⁵ y sin él), se constata que en todos los aglomerados, las mujeres de hogares pobres (NBI) tienen una prevalencia de uso menor que las mujeres no pobres: las diferencias porcentuales oscilan alrededor de los 13 puntos para la mayoría de los aglomerados. Así, el 43,5% de las mujeres pobres de Paraná usaban, al momento de la encuesta, un método anticonceptivo, en comparación con el 56% de las no pobres de esa misma ciudad. En el conurbano bonaerense, el 53% de las mujeres pobres usan un método, en contraste con el 65% de las mujeres no pobres. La mayor diferencia según condición

DEC, 1996b). Además de cubrir sólo algunos pocos aglomerados urbanos del país, este relevamiento no produjo información sobre tipo de métodos utilizados ni sobre motivaciones para el uso.

5. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un índice para determinar la condición socioeconómica del hogar.

social de las mujeres se observa en Salta, en donde el 45% de las pobres y el 60% de las no pobres usan actualmente un método anticonceptivo (López y Tamargo, 1996).

Las interpretaciones de las diferencias observadas en los niveles de prevalencia de uso de métodos antinceptivos pueden asentarse en hipótesis acerca del valor social asignado a la constitución temprana de la familia y al tamaño de la prole, a la falta de información, a la escasa accesibilidad a servicios educativos y de salud, a barreras económicas o culturales, y/o a la carencia o inadecuación de los programas de salud existentes dirigidos a las mujeres que cubran estas necesidades (López y Tamargo, 1996).

Con respecto a los diferenciales de motivación y de uso según condición social del hogar de pertenencia de la mujer, información relevada en dos mediciones de un estudio realizado en Córdoba muestra que la intención de usar métodos anticonceptivos es alta para las mujeres de todas las clases sociales. En esa encuesta, aplicada a una cohorte de madres, no se observaron diferencias por clase social en el porcentaje de mujeres que declararon querer usar métodos anticonceptivos (88%). Sin embargo, transcurrido un año desde el momento de ese relevamiento, el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos era sustancialmente más elevado en el grupo social alto (72%) que en el bajo (58%), lo que evidencia claramente las dificultades de los grupos socialmente más desfavorecidos para acceder a métodos anticonceptivos (Butinof *et al.*, 1996).

Lamentablemente, la información recogida en el módulo especial de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) no permite conocer la distribución de usuarias según tipo de método utilizado, debido a un error en el cuestionario aplicado. Este dato sólo puede ser elaborado para el subgrupo de las mujeres adolescentes, reportándose la siguiente prevalencia según tipo de método en todos los aglomerados: píldora (52%), preservativo (34%), ritmo (20%), dispositivo intrauterino (3%), diafragma (0,3%) y otros métodos (4%).

En un estudio realizado a principios de la década de 1990, basado en una encuesta poblacional aplicada a mujeres en edad fértil residentes en el conurbano bonaerense, se observó que los métodos empleados por las mujeres encuestadas eran los siguientes: píldoras (33%), condón (17%), dispositivo intrauterino (15%), *coitus interruptus* (12%), inyecciones (8,5%), ritmo (7%), esterilización femenina (4,3%) y otros métodos tradicionales (3,9%) (López, 1993).

Diversos estudios cualitativos también han mostrado evidencia respecto a la existencia de dificultades para acceder a información apropiada y al asesoramiento y seguimiento médicos en materia anticonceptiva entre las mujeres pobres. Estas dificultades afectan su comportamiento anticonceptivo, aumentando la ineficacia e inseguridad de los métodos (discontinuidad, efectos secundarios adversos, prescripción inapropiada, etcétera). Los resultados habituales de esta situación son embarazos no deseados, los que a menudo conducen a las mujeres a utilizar el aborto inducido (Balán y Ramos, 1989; López, 1993).

LOS NUDOS CRÍTICOS DE LA ANTICONCEPCIÓN

El panorama descripto permite identificar nudos críticos con relación a la anticoncepción. En primer lugar, si bien los datos disponibles muestran una alta propensión de las mujeres de todas las edades a utilizar algún método para regular su fecundidad, se advierte la presencia de indicadores inequívocos que muestran la iniquidad social en el acceso a los métodos anticonceptivos. Esa fuerte desigualdad en el acceso a estos métodos tiene que ver con la edad y la condición social de las mujeres: las adolescentes y las mujeres pobres de nuestra sociedad son las más afectadas por la falta de oportunidades para acceder a métodos seguros y efectivos.

Un segundo nudo crítico está relacionado con los riesgos asociados a la incorrecta utilización de métodos anticonceptivos. Aun contemplando los diferenciales por sector social y edad, la prevalencia de uso de anticonceptivos (en aquellos aglomerados sobre los cuales se dispone de información) es moderada. La incógnita que subyace a este dato es la calidad del uso de los métodos, habida cuenta de las restricciones legales que históricamente debieron enfrentar las mujeres, especialmente las mujeres pobres, para acceder a la orientación y prescripción médica, y las dificultades que, en este orden, todavía subsisten en la Argentina dada la débil presencia de políticas públicas que atiendan la demanda anticonceptiva de la población. En este contexto, cabe presumir que la seguridad y eficacia de los métodos, tal como estarían siendo utilizados, sean bajas y por ello resulte alta la probabilidad de efectos secundarios adversos, cuando no, de embarazos no deseados como efecto de la ineficacia anticonceptiva.

ABORTO

SITUACIÓN POLÍTICA Y NORMATIVA DEL ABORTO

Al igual que en la mayor parte de los países de América latina (con la excepción de Puerto Rico y Cuba), la legislación argentina sobre la interrupción voluntaria del embarazo es restrictiva. El Código Penal tipifica el aborto como un delito contra la vida y contra la persona, y establece penas de reclusión o prisión para el profesional que lo efectúa y para la mujer que se causara o consintiera un aborto. El Código establece sólo dos causales de despenalización: si el aborto 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, y 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 realizar el aborto (Código Penal, libro segundo, título I, capítulo I).

A pesar de la existencia de situaciones en las cuales el aborto está tipificado como no punible, es usual que las mujeres, en esos casos, no accedan al aborto. Ello provoca que, en la práctica, actúe una prohibición absoluta del aborto. Por un lado, los médicos/as exigen una autorización judicial para su realización y, por otro, los jueces consideran que no deben pronunciarse antes de que el aborto se realice sino limitarse a considerar no punibles aquellos casos que, una vez realizados, llegan a sus tribunales (Motta y Rodríguez, 2001, pág. 31). Las autoras mencionadas, al analizar la jurisprudencia local entre 1993-1998 con relación a la temática del aborto, no encontraron fallos que trataran cuestiones sustantivas ya que en aquellos casos relacionados con denuncias de médicos/as de hospitales públicos que atendieron a mujeres que se habían practicado abortos y que debieron concurrir al hospital porque corría riesgo su vida, la Corte se abstuvo de desarrollar el tema. Al respecto especifican que la Corte nunca se pronunció sobre “[...] el conflicto entre la denuncia de los médicos, la invalidación de las pruebas extraídas de este modo, el secreto profesional, la garantía de no obligar a una persona a declarar contra sí misma y la teoría de los frutos del árbol venenoso, en relación con la validez de las pruebas” (Motta y Rodríguez, 2001, pág. 68).

El aborto, en nuestro país, no tuvo innovaciones legislativas y programáticas como las descriptas previamente sobre la anticoncepción

(véase sección “Situación política y normativa de la anticoncepción”). No obstante, como consecuencia de la iniciativa gubernamental del doctor Carlos Menem de introducir en la reforma constitucional de 1994 una cláusula sobre el derecho a la vida desde el momento de la concepción, el tema se instaló en la agenda del debate público. En ese período, según los resultados de una encuesta realizada en la ciudad de Buenos Aires a solicitud del Consejo Nacional de la Mujer, el 76% de las 200 mujeres entrevistadas dijo estar en desacuerdo con el hecho de que una mujer que haya abortado deba ir presa y un 57% estuvo de acuerdo con la legalización del aborto (29% en contra). Las partidarias de la legalización del aborto eran mayoría en todos los segmentos de mujeres discriminados según su religión y tanto entre aquellas que tenían hijos como entre las que no los tenían (Muraro, 1994).

Coincidentemente, otro estudio por encuestas en la población general de la ciudad de Buenos Aires concluyó que el 56% de los entrevistados/as –especialmente el grupo de 40 a 59 años (62%)– estaba de acuerdo con la despenalización del aborto (Petracci y Szulik, 2000). En junio de 2001, a través de una medición nacional en la población mayor de dieciocho años, se solicitó conocer la opinión sobre el “no castigo” del aborto en cinco situaciones. El porcentaje de casos que estuvo de acuerdo con que no se castigara a la mujer que aborta es el siguiente: 71% si peligra su vida o su salud; 65% si la mujer fue violada; 45% si el niño nacerá defectuoso; 20% si la familia no tiene las condiciones económicas adecuadas; 21% si la mujer no desea el hijo (Instituto Social y Político de la Mujer, 2001).

En síntesis, desde 1994, el aborto dio lugar a un fluido intercambio de mensajes sociales en la Argentina. Las organizaciones de la sociedad civil como el movimiento de mujeres, algunos sectores estatales y gubernamentales, los medios de comunicación y la opinión pública otorgaron visibilidad y legitimidad a este *issue*, poniendo en evidencia que el aborto es un tema de la agenda pública que sobrepasa los límites de las vidas privadas de las mujeres.

LA PRÁCTICA DEL ABORTO

Aunque el aborto inducido parece haber desempeñado un papel fundamental en el temprano descenso de la fecundidad en la Argentina y contribuido a que ésta se mantuviera en niveles moderados o bajos, y aun cuando en círculos especializados y en la opinión pública

informada se reconoce que resulta una práctica muy extendida, es muy poco lo que se conoce sobre su incidencia, las condiciones en que tiene lugar y las consecuencias médico-sociales que acarrea (Balán y Ramos, 1989; Torrado, 1993).

Los escasos datos disponibles permiten conjeturar una realidad social en extremo inequitativa respecto del acceso a los servicios de aborto y en cuanto a los riesgos que esta práctica comporta. Los estudios señalan que la clandestinidad en la que se realizan los abortos afecta en mayor medida a las mujeres de los sectores sociales bajos: las restricciones económicas inhiben el acceso a un aborto en condiciones seguras y la posibilidad de comprar los antibióticos necesarios. A esto se suman las dificultades para realizar el reposo físico necesario para la rehabilitación y para acceder a la consulta médica de control postaborto (Llovet y Ramos, 1988).

No existen datos confiables respecto a la prevalencia del aborto inducido (Valdés y Gomariz, 1993). Algunos especialistas en el tema han estimado que en la Argentina se producirían anualmente de 335.000 a 400.000 abortos (Checa y Rosenberg, 1996, pág. 34); mientras otros estiman que el número estaría entre 450.000 y 500.000 (Aller Atucha y Pailles, 1996, pág. 29).

En la última década, la mortalidad materna descendió sólo un 20% en nuestro país. La tasa de mortalidad materna fue de treinta y ocho muertes por 100.000 nacidos vivos en 1998 para todo el país. En ese año, 229 mujeres murieron como consecuencia de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (MSAS, 1999). Si bien esta tasa es inferior a la de los países clasificados como de "alta mortalidad materna" (50-100 muertes por 100.000 nacidos vivos) es alta considerando otros parámetros que caracterizan a la Argentina: tasa de natalidad y porcentaje de partos institucionales. En ese mismo año, la tasa de mortalidad materna fue de 23 por 100.000 en Chile y 21 por 100.000 en Uruguay.

En 1999, la tasa de mortalidad materna fue de 41 por 100.000 nacidos vivos para todo el país. En ese año, 282 mujeres murieron como consecuencia de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. De ellas, ochenta y siete muertes fueron causadas por complicaciones de abortos. La tasa nacional encubre fuertes diferencias entre las provincias: Formosa presenta una tasa de mortalidad materna de 161 por 100.000 nacidos vivos, Chaco tiene una tasa de mortalidad materna de 132 por 100.000 y Jujuy, de 102 por 100.000 nacidos vivos (MSAS, 2000).

La estructura de causas de la mortalidad materna es la siguiente: 32% por embarazos terminados en aborto; 18% por toxemia; 16% por otras causas obstétricas directas; 10% por hemorragia posparto; 10% por sepsis; 7% por hemorragia preparto; 7% por otras causas obstétricas indirectas (MSAS, 2000). Como se observa, las complicaciones derivadas del aborto constituyen la primera causa de muerte materna. Además de ello, y apoyándonos en hallazgos nacionales e internacionales, es posible hipotetizar que muchas de las muertes por aborto mal certificadas o mal registradas han sido incluidas en la categoría “otras causas obstétricas directas” (Royston y Armstrong, 1989). En esta materia, la Argentina muestra una situación semejante a la de los países en desarrollo, en los cuales las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son las principales causas de incapacidad y muerte entre las mujeres de quince a cuarenta y nueve años de edad (MSAS, 2000).

Las causas obstétricas directas –directamente vinculadas al estado grávido puerperal y no a morbilidad preexistente (OMS, 1977)– alcanzan un 93% del total (MSAS, 2000), lo que indica que se trata de mujeres presumiblemente sanas que mueren por causas sólo relacionadas con el hecho reproductivo. Esto vincula indudablemente la mayor proporción de las muertes a la calidad de los servicios de prevención y tratamiento que influyen de modo directo sobre la vida reproductiva, tales como la planificación familiar para el caso de las complicaciones de abortos, la calidad de la atención prenatal para la detección de la toxemia, y la capacidad resolutive de los servicios de tocoginecología para las hemorragias y las sepsis.

Con relación al problema del subregistro de las muertes maternas, parece necesario plantear algunas consideraciones. El único estudio realizado a nivel nacional que revisó de manera sistemática el subregistro y la certificación de la causa de muerte fue el realizado por Vinacur *et al.* (MSAS, 1987) considerando las muertes maternas ocurridas en 1985 en algunos distritos del país. El primer hallazgo de importancia de este estudio fue la medición del subregistro de muertes maternas, que alcanzaba el 38,5% para la ciudad de Buenos Aires. Un segundo hallazgo fue que el número de muertes categorizadas como clínicamente mal definidas era del 21,4%.⁶ El siguiente hallazgo de

6. Se considera un estándar epidemiológico de calidad satisfactoria cuando no se

importancia es que luego de corregir el reporte de las causas de mortalidad mediante el rastreo de las historias clínicas, el porcentaje atribuible a aborto y sepsis no proveniente de aborto sumaba el 60% del total.

El mismo estudio remite en sus conclusiones a la formulación de hipótesis sobre la calidad de la atención recibida por las mujeres que debieron ingresar a los servicios públicos de salud por complicaciones de abortos realizados en condiciones riesgosas: los autores indicaron que estas mujeres ingresaron a los establecimientos con un estado físico-clínico que, en el marco de los procedimientos técnicos disponibles, no debería comprometer su sobrevivencia. En palabras de los autores, “si bien se puede admitir un acceso tardío en este tipo de pacientes, la explicación (de las muertes) resulta insuficiente si se tiene en cuenta que todas las muertes son institucionales y que los avances en terapéutica medicamentosa y quirúrgica en los últimos años para la atención de estos casos, aplicada correctamente, debiera revertir los resultados” (MSAS, 1987).

Por otra parte, la única aproximación a la medición de la magnitud de la morbilidad por aborto puede realizarse a partir de los datos sobre egresos por complicaciones de aborto en establecimientos públicos del país. Según la última información disponible, estos egresos fueron 53.978 en 1995 en todo el país. Este total surge de la suma de egresos por abortos espontáneos, abortos inducidos legalmente, abortos inducidos ilegalmente y “otros abortos”. Llamativamente, éstos últimos constituyen el 89% del total (MSAS, 1998), lo cual nos remite a problemas de clasificación de las causas de egresos, probablemente consecuencia de la ilegalidad de esta práctica.

Según los estudios cualitativos desarrollados en los últimos años y sobre la base de información proveniente de informantes clave se conoce que en la Argentina existe un mercado de servicios de aborto extendido, diversificado y segmentado. En él coexisten procedimientos de muy diverso tipo y la calidad de los servicios está estrechamente asociada a la capacidad económica de la mujer demandante (Viladrich, 1990). Los estudios han registrado la utilización de métodos de autoinducción como la ingestión de brebajes y yuyos y la introduc-

encuentra más del 15% clasificado como causa desconocida en los certificados de defunción.

ción de sustancias tóxicas o cáusticas y de objetos punzantes o son-
das. También es extendida la utilización de métodos de dilatación y
curetaje aplicados por terceros de diferente calificación (médicos, par-
teras, comadronas o aprendices), con uso o sin uso de anestesia y an-
tibióticos, y con mayor o menor cobertura asistencial en el período
postaborto. Por último, la aspiración al vacío no parece estar muy di-
fundida, aun dentro del circuito en el que se asiste a los sectores me-
dios y altos.

Resulta pertinente resaltar las conclusiones de un estudio cualita-
tivo con relación a la atención hospitalaria de las complicaciones de
abortos inseguros (Ramos y Viladrich, 1993). Por un lado, las autoras
señalan que el contacto entre la institución médico-hospitalaria y las
mujeres de sectores sociales de bajos ingresos que recurren al hospital
por complicaciones de aborto, está fuertemente condicionado por la
situación de ilegalidad y clandestinidad del aborto. Cada actor (médi-
co y paciente) asume el desafío de resguardarse frente a la amenaza
de la sanción (real o fantaseada) produciéndose una comunicación y
una interacción signada por la desconfianza y el temor. En ese contex-
to, las mujeres, en su mayoría, niegan la realización de maniobras
abortivas y sostienen su “inocencia” con el argumento de que desco-
nocían su condición de embarazadas. Esta negación se debe básica-
mente a dos motivos: por un lado, a que temen la denuncia policial y
a que tienen una gran incertidumbre respecto de cuál será el precio
que deberán pagar por haberse provocado un aborto. Por otro lado,
temen también la sanción moral e ideológica que recae sobre el abor-
to y de la cual son portavoces tanto los profesionales como el perso-
nal que las atiende.

De esta manera, según señala el estudio, el servicio de salud fun-
ciona más preocupado por “preservar el embarazo” y saber “la ver-
dad”, que por asistir a una mujer en situación crítica. Las amenazas
de aborto son entonces tratadas para retener el embarazo, indepen-
dientemente de la voluntad de la mujer. Los abortos en curso son
completados con legrados –previa búsqueda de la “confesión” de las
maniobras abortivas–. Así, el “engaño de las mujeres” (el ocultamien-
to de las maniobras abortivas) perturba a los profesionales porque
supone la negación de colaboración para con ellos. Esta situación sub-
vierte los parámetros básicos de la relación médico-paciente. La au-
sencia de colaboración paciente-médico/a coloca a los/as profesiona-
les en situación de sentirse manipulados por mujeres que demandan

su curación (léase el legrado) en situaciones sobre las que no disponen de información suficiente para evaluar las consecuencias de sus actos asistenciales y en las cuales el aborto aún puede evitarse.

El estudio señala que los profesionales también se perciben amenazados por la sanción legal, es decir, por la ley que criminaliza su complicidad con mujeres que recurren a prácticas abortivas. Por ello, no efectúan el legrado hasta que no resulta absolutamente necesario desde el punto de vista clínico. De allí se concluye que en el servicio de salud se superponen las funciones curadora y normatizadora: las mujeres ocultan la verdad a la ley que el médico/a representa y éste siente así vulnerado su rol profesional. Cuando la mujer evalúa que para cumplir ese rol el/la profesional debe conocer la verdad, se la “confiesa” y el médico/a cumple su función normatizadora en representación de las normas jurídicas vigentes. Para concluir, las autoras señalan que el proceso asistencial de las complicaciones de un aborto inducido, debe sortear los obstáculos propios del “clima ideológico” en el que la institución intenta resolver el problema “médico”. La necesidad de la confesión coloca a mujeres y médicos/as en una compleja negociación afectiva y simbólica, que implica tiempo y supone que hay alguien que acusa y otro que se defiende.

En un marco legal restrictivo como el de nuestro país, el panorama descripto evidencia una situación particularmente adversa para las mujeres que se internan por complicaciones de abortos. Los aspectos institucionales y organizacionales afectan la *performance* de los servicios de salud, tanto desde el punto de vista de la eficacia de sus acciones asistenciales, como desde la perspectiva de una calidad de atención que salvaguarde el respeto y la dignidad de las personas.

LOS NUDOS CRÍTICOS DEL ABORTO

El panorama descripto permite identificar nudos críticos con relación al aborto. En primer lugar, la realización –como consecuencia de la penalización– de un aborto en la clandestinidad y en condiciones inseguras pone en riesgo la salud y, en algunos casos, también la vida de las mujeres. El impacto de esta situación recae, principalmente, en las mujeres pobres y sus familias.

En segundo lugar, la situación de ilegalidad y clandestinidad de esta práctica condiciona fuertemente el proceso asistencial de las mujeres internadas en los hospitales públicos por complicaciones de

aborto. En ese marco, la calidad de la atención se resiente y las mujeres que atraviesan esta condición crítica son víctimas de la violencia institucional (denuncia policial y maltrato).

La cantidad de los abortos que se realizan en la Argentina es consecuencia inmediata de la voluntad de las mujeres de interrumpir un embarazo y, también, consecuencia mediata de las barreras que ellas enfrentan para evitar un embarazo inoportuno o no deseado. No obstante, cabe alertar también acerca de algunas situaciones que pueden escapar a estas causas. Por un lado, la posibilidad de que algunos de estos abortos sean forzados (por esposos/compañeros, madres/suegras o familiares). Por otro, la posibilidad de que, aun utilizando un método anticonceptivo seguro y eficaz, las mujeres puedan embarazarse por fracaso del método. A pesar de estas últimas consideraciones, la magnitud de la práctica del aborto en nuestro país es un indicador inequívoco de las dificultades que las mujeres enfrentan para evitar un embarazo inoportuno, así como también de la inadecuada protección social de la mujer que decide llevar adelante su embarazo.

La problemática del aborto inducido ha sido sistemáticamente ignorada por las autoridades sanitarias de la Argentina. La escasa información disponible ha sido elaborada, en su gran mayoría, como producto de esfuerzos privados y muy contadas iniciativas del sector público (como el estudio de revisión del subregistro de muertes maternas desarrollado en 1987). La escasez de información es otro nudo crítico de la problemática del aborto en la Argentina. Sin duda, corresponde al Estado mejorar la información estadística que produce de rutina, así como tomar la iniciativa para producir información confiable y de amplia cobertura que permita conocer más y mejor este problema.

Aun frente a la evidencia comprobada del subregistro de las muertes maternas en nuestro país, el hecho de que la gran mayoría de las mujeres asistan a los controles prenatales y que un altísimo porcentaje de los partos sean institucionales y atendidos por médicos/as, hace evidente que el contacto de las mujeres con los servicios de salud no está garantizando una atención adecuada y preventiva de los eventuales riesgos asociados al embarazo y al parto. Más aún, y en el caso particular de las muertes por aborto, el hecho de que, según muestran algunos estudios, las mujeres que ingresan a los servicios por complicaciones de abortos lo hacen en un estado físico-clínico que no compromete irreversiblemente su sobrevivencia, nos habla de la

inadecuada capacidad resolutive y de la deficiente calidad de atención de los servicios para tratar a estas mujeres y evitar sus muertes. Los estudios también informan acerca de que los servicios no tienen una política especialmente dirigida a estas mujeres para ofrecerles asesoramiento anticonceptivo postaborto, de tal manera de ayudarlas a prevenir un embarazo no deseado –y un aborto repetido– en el futuro inmediato. El cuarto nudo crítico está entonces referido a la deficiente calidad de la atención de las complicaciones del aborto, dentro de la cual se incluye la ausencia de consejería anticonceptiva postaborto.

2. DISEÑO Y METODOLOGÍA

Este capítulo está dedicado, en primer lugar, a exponer los argumentos que fundamentan las decisiones metodológicas acerca del tipo de estudio, los sujetos que fueron investigados, los criterios de inclusión y las técnicas empleadas en la recolección de datos: entrevista, encuesta y grupos focales.

También fue pensado para presentar, paso a paso, la pauta seguida en la implementación del trabajo de campo: el ingreso a cada servicio y la entrevista a los jefes/as, el entrenamiento a los médicos/as de planta y a la recolectora acerca del modo de completar el consentimiento informado, la encuesta autoadministrada y la devolución de ambos registros en una urna especialmente preparada. Nuestra experiencia indica que esa pauta constituye un modelo de trabajo en los servicios de salud de los establecimientos asistenciales públicos dado que contribuyó tanto al compromiso puesto en la tarea por parte del personal médico y no médico de los servicios como a la alta tasa de respuesta obtenida en la etapa cuantitativa.

LOS SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los sujetos de la investigación fueron los médicos/as –jefes/as de los servicios y personal (médicos/as de planta y residentes)– que se desempeñan en los servicios de ginecología, obstetricia y tocogineco-

logía de los quince establecimientos asistenciales que administra y financia el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y en catorce hospitales generales y materno-infantiles de seis partidos seleccionados de la provincia de Buenos Aires.¹

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: a) ser médico/a de las especialidades ginecología, obstetricia o tocoginecología y b) estar desempeñando en forma orgánica, rutinizada y remunerada (salarios o becas) tareas asistenciales con adscripción a esos servicios en los establecimientos asistenciales seleccionados.

La elección de este universo se justifica por más de un motivo. Por un lado, los ginecólogos/as y obstetras ejercen la medicina en una especialidad a la que intrínsecamente le competen la regulación de la fecundidad y la problemática reproductiva y sexual de las mujeres. Al estar incorporados a una red asistencial pública, la demanda que atienden corresponde mayoritariamente a mujeres de sectores populares, la franja de población con más dificultades en el acceso a la anticoncepción y a un aborto seguro, tal como se mostró en la sección titulada "El comportamiento anticonceptivo de la población".

La red pública de la ciudad de Buenos Aires se erige en un ámbito clave para observar el desarrollo y las perspectivas de la oferta asistencial de salud reproductiva en la Argentina dadas algunas particularidades de su situación normativa y programática (implementación del Programa de Procreación Responsable desde principios de la década de 1990, una constitución y una ley básica de salud que reconocen los derechos sexuales y reproductivos, etcétera). El volumen de la demanda de pacientes de la propia red asistencial se ve engrosada por las consultas de los habitantes del conurbano, las que según algunas estimaciones, representarían alrededor del 40% de las consultas externas. La incorporación de algunos establecimientos de la red asistencial pública del Gran Buenos Aires responde a la inquietud por incluir en el universo de este estudio a establecimientos y profesionales que también atienden una demanda mayoritariamente proveniente de esos mismos sectores sociales, pero que actúan en un contexto de mayores restricciones con relación a la disponibilidad de recursos y en un marco político y normativo más restringido.

1. Florencio Varela, La Matanza, Merlo, San Fernando, San Martín y Vicente López.

La incorporación de establecimientos ubicados en el conurbano bonaerense se justifica por la alta densidad poblacional –se trata del conglomerado urbano más densamente poblado del país– y la heterogeneidad social que lo caracteriza. La muestra de hospitales del conurbano bonaerense se seleccionó de manera tal que estuvieran representados los cuatro grupos de partidos² resultantes de un análisis multivariado que incluyó indicadores demográficos y socioeconómicos (tamaño del hogar, tasas de desocupación, ingresos, etcétera) provenientes del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales implementado en el marco de la Encuesta Permanente de Hogares en la onda de mayo de 1994. Esa diferenciación territorial evidenció un comportamiento diferente en el cuidado anticonceptivo según conglomerados. En el CBA1 la proporción de usuarias fue del 70%, en el CBA2 del 66%, en el CBA3 del 63% y en el CBA4 del 58% (Lorenzetti, 1996, págs. 226-227).

Por otro lado, la decisión de cubrir todas las categorías del personal médico (jefes/as de servicio y médicos/as de planta y de guardia y los/as residentes) apuntó a recuperar posibles diferencias en las opiniones según la posición en la estructura jerárquica y las funciones en el servicio de cada tipo de personal. Por un lado, los jefes/as de servicio definen la “filosofía” y los criterios que guían el trabajo en los servicios. Un escalón más abajo, los médicos/as de planta (que trabajan de lunes a viernes generalmente sólo durante la mañana) tienen bajo su responsabilidad las indicaciones terapéuticas y diagnósticas puntuales. Por otro lado, los médicos/as de guardia, en general, son los máximos responsables de los casos de emergencia a lo largo de las veinticuatro horas de un día a la semana. Por último, bajo la supervisión de sus jefes/as e instructores/as, los/as residentes ocupan el escalón inferior de esta jerarquía, y son los/as que deben sobrellevar la mayor carga de trabajo, en número de pacientes atendidos y horas dentro del establecimiento a lo largo de la semana, además de encontrarse en situación de aprendizaje supervisado.

La decisión de trabajar con el universo de los/as profesionales que

2. CBA1 (*Vicente López y San Isidro*); CBA2 (*Avellaneda, La Matanza 1, Morón, General San Martín y Tres de Febrero*); CBA3 (*Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes*); y CBA4 (*Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, General Sarmiento, La Matanza 2, San Fernando y Tigre*).

se desempeñan en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires y de los seis partidos del Gran Buenos Aires seleccionados para el estudio, en vez de una muestra de ellos, se basó en la falta de estudios previos de tipo cuantitativo realizados sobre esta comunidad profesional en la Argentina. Como consecuencia de esto, no podían aventurarse estimaciones relativas a las tasas de no respuesta, ni tampoco a las diferencias de proporciones según grupos/variables de comparación.

LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA DEL ESTUDIO: UTILIZACIÓN DE VARIAS TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Dados el carácter exploratorio-descriptivo del estudio y sus objetivos específicos, se trabajó con un diseño basado en la complementación de métodos cuantitativos y cualitativos. Se aplicaron tres técnicas de relevamiento de información: entrevista semiestructurada, encuesta autoadministrada y grupos focales. La entrevista fue aplicada a los jefes/as de los servicios de ginecología y obstetricia de los hospitales seleccionados. La encuesta autoadministrada fue aplicada a todo el personal permanente de los servicios (médicos/as de planta, médicos/as de guardia y residentes). Los grupos focales fueron realizados también con el personal permanente de los establecimientos contactados.

Cada una de las técnicas fue utilizada para recoger información sobre algunas dimensiones de los objetivos del estudio. La entrevista semiestructurada fue aplicada para sondear los ejes y las orientaciones programáticas desde los cuales los jefes/as establecen una línea de actuación para el personal a sus órdenes. Se esperaba que las entrevistas permitieran recuperar las posturas y perspectivas de los jefes/as de los servicios, para cotejarlas con las de los médicos/as que tienen a su cargo y obtener información del contexto institucional en el cual los médicos/as consultados, a través de la encuesta, ejercen su profesión y toman sus decisiones asistenciales. Dados el carácter controvertido de los temas abordados por el estudio, el contexto sociopolítico y normativo de la salud reproductiva en la Argentina y la estructura jerárquica que permea la organización y dinámica de trabajo de los servicios de salud públicos, nos propusimos observar posibles similitudes y diferencias entre las opiniones del personal de los servicios y las normativas explícitas e implícitas que guían la actuación de los servicios.

La encuesta autoadministrada tuvo como objetivo recuperar las opiniones de los médicos/as sobre diversos aspectos de la salud reproductiva, en el marco de su lugar de desempeño cotidiano: los hospitales públicos.

Los grupos focales tuvieron como objetivo profundizar los resultados de la encuesta, una vez identificadas algunas “cajas negras” de la información provista por el instrumento estandarizado utilizado, que parecieron merecer un abordaje cualitativo.

Dado este diseño, la utilización de estas tres técnicas permitió al mismo tiempo triangular y complementar métodos. Por un lado, fue posible “triangular” la información recogida por dos instrumentos diferentes. Ejemplo de ello fue la encuesta y entrevista, en la medida en que la primera permitió recuperar el punto de vista de los “subordinados/as” y la entrevista dio cuenta del punto de vista de la “autoridad”. Esta triangulación partía del supuesto de que, dado el carácter controversial de los temas a ser abordados, la estructura jerárquica de los servicios y la discrecionalidad que permea las decisiones de los jefes/as relativas al funcionamiento de los servicios bajo su responsabilidad, la comparación entre las opiniones de los médicos/as de planta y residentes y las propias de los jefes/as podía ser un elemento clave para comprender el escenario actual de la práctica tocoginecológica en la red asistencial pública de las jurisdicciones incluidas en el estudio.

Por otro lado, fue posible también “complementar” las técnicas profundizando la comprensión de algunos de los resultados a través del uso de otra técnica de relevamiento de información. Fue el caso de los grupos focales, utilizados luego del análisis de la información de la encuesta y detectados algunos resultados que parecieron merecer una profundización para comprender sus alcances y significación. La guía de grupos focales fue diseñada de tal manera que los propios profesionales pudieron arrojar luz sobre la interpretación que esos datos merecían desde su punto de vista.

Los tópicos incluidos en la entrevista semiestructurada, en la encuesta autoadministrada y en la guía de grupos focales se detallan en las secciones correspondientes a cada una de las técnicas. Estos tópicos fueron desarrollados en dos trabajos referidos a la opinión de los tocoginecólogos/as sobre anticoncepción y aborto respectivamente.

EL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se realizó en los mismos ámbitos de trabajo de los/as profesionales: los servicios de ginecología, obstetricia y tocoginecología de los hospitales públicos, durante los meses de septiembre a diciembre de 1998. En este sentido, se tuvieron que sortear las dificultades propias del clima de trabajo de un establecimiento asistencial público,³ tiempos acotados, ausencias cotidianas del personal, falta de privacidad, presencia de terceros durante la realización de la entrevista, etcétera.

Explicitar la dinámica del trabajo de campo en un hospital público implica referirse básicamente a dos cuestiones: el acceso al servicio y la recolección de información. Si bien el acceso al servicio fue arduo, el éxito de la respuesta obtenida se debió a la perseverancia del equipo y a algunas particularidades de la recolección novedosa a nivel local, como la figura del “recolector/a”. Se presenta a continuación una descripción breve del proceso seguido para obtener el “permiso de entrada” al hospital y para aplicar la encuesta y la entrevista:

1. Un contacto telefónico para lograr el primer acceso a los servicios. A partir de esta comunicación telefónica, la obtención de la conformidad del jefe/a del servicio demandó un mínimo de cuatro y un máximo de siete visitas.
2. En la reunión inicial con el jefe/a del servicio se presentaba formalmente el estudio y el equipo, al mismo tiempo que se entregaba un conjunto de materiales informativos.⁴ A su vez, se buscaba motivar el interés del jefe/a en el estudio, la designación de una perso-

3. La decisión de aplicar las técnicas en el mismo lugar de trabajo se debió a las restricciones de información y la necesidad de agilizar la recolección de información. Por un lado, el equipo responsable no disponía de información sobre los domicilios profesionales de los sujetos a ser entrevistados o encuestados. Por otro, dispersar el trabajo de campo en cada uno de los consultorios individuales hubiera significado un cronograma de trabajo de campo excesivamente prolongado. Sumado a esto, la experiencia del equipo hacía suponer que la predisposición de los profesionales para distraer parte de su tiempo de las consultas privadas hubiera sido muy baja.

4. Se entregaba un resumen de la investigación con sus objetivos, la forma de implementación y los nombres de las integrantes del equipo, copias de los apoyos institucionales del proyecto, y en algunos casos, el folleto institucional del CEDES.

na como “recolector/a” y, finalmente, su aprobación para acceder al listado completo de médicos/as de su servicio.

3. Un encuentro con los/as profesionales destinado a explicar los objetivos y el contenido de la encuesta.
4. Una vez iniciada esta relación con el jefe/a y el personal de su servicio, se contactó a la persona encargada de recoger las encuestas autoadministradas: “el recolector/a”. Esa función –diferente de la tradicional figura del encuestador en una entrevista presencial– fue cumplida por la persona designada por el jefe/a del servicio. Para cumplir la función fue capacitado/a acerca de cómo debían completarse las encuestas autoadministradas y el consentimiento informado.

Una vez concluidas las cuatro instancias mencionadas se inició a la recolección de información a través de las tres técnicas de relevamiento que se detallan a continuación.

LA ADMINISTRACIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista fue realizada en 35 servicios correspondientes a 25 hospitales (14 ubicados en la ciudad de Buenos Aires y 11 en el Gran Buenos Aires). La especialidad de los servicios según jurisdicción puede observarse en el cuadro 1.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE SERVICIOS EN LOS QUE SE APLICÓ
LA ENTREVISTA SEGÚN JURISDICCIÓN

Tipo de servicio	Jurisdicción		Total
	Ciudad de Buenos Aires	Gran Buenos Aires	
Ginecología	10	5	15
Obstetricia	9	6	15
Ginecología/obstetricia	2	3	5
Total	21	14	35

La entrevista tuvo una duración aproximada de cuarenta minutos. El registro de las entrevistas se hizo por medio de un grabador cuya utilización fue previamente acordada con el entrevistado/a. Sobre 35 entrevistas se obtuvieron 32 registros grabados. Ocho jefes/as rechazaron contestar la entrevista.

Los tópicos incluidos en la guía de la entrevista fueron los siguientes: 1) descripción de la organización institucional del servicio; 2) postura del servicio frente a la anticoncepción (métodos informados y prescritos); 3) caracterización del problema del aborto en la Argentina; planteo de estrategias para reducir las muertes por abortos provocados; descripción y evaluación de las normas institucionales para el manejo de pacientes hospitalizadas por consecuencias de abortos provocados, excepciones en el código y experiencias institucionales, y 4) el tema de los derechos sexuales y reproductivos fue trabajado a partir de la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre salud reproductiva.⁵

Las entrevistas fueron desgrabadas y la información fue codificada según un conjunto de tópicos que recuperaban las preguntas de la guía más otros que fueron identificados inductivamente. La información fue capturada en archivos separados conforme el tema/pregunta. Las entrevistas fueron analizadas de dos maneras. Por un lado, en forma vertical, cada una de ellas fue leída a los efectos de recuperar la lógica interna del discurso del informante. Por el otro, fueron comparadas conforme los temas/preguntas para detectar homogeneidades y heterogeneidades.

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ENCUESTA AUTOADMINISTRADA

La encuesta fue implementada en 36 servicios correspondientes a 25 hospitales (15 correspondientes a la ciudad de Buenos Aires y 10 al

5. A cada jefe/a se le leía el texto completo de la definición según la OMS y se indagaban sus opiniones con respecto a los párrafos sobre los siguientes temas: papel de los varones y de las mujeres en el ejercicio de la sexualidad y en las decisiones sobre regulación de la fecundidad; la libertad de elección; el derecho de acceso a servicios y cuidados de salud apropiados para la población y las responsabilidades médicas y de los servicios públicos para satisfacer la demanda.

Gran Buenos Aires). La distribución de los servicios en donde se aplicó la encuesta según jurisdicción puede observarse en el cuadro 2.

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE SERVICIOS EN LOS QUE SE APLICÓ
LA ENCUESTA SEGÚN JURISDICCIÓN

Tipo de servicio	Jurisdicción		
	Ciudad de Buenos Aires	Gran Buenos Aires	Total
Ginecología	11	4	15
Obstetricia	8	4	12
Ginecología/obstetricia	3	6	9
Total	22	14	36

Tres jefes/as de servicio, en la ciudad de Buenos Aires, rechazaron la aplicación de la encuesta en sus servicios. En el Gran Buenos Aires hubo un rechazo y dos casos en los cuales no se verbalizó una respuesta negativa pero tampoco se logró hacer el estudio.

La recolección de las encuestas y los consentimientos informados por parte del recolector/a demoró entre dos y tres semanas en cada servicio. Pero en muchos casos, fue necesario dejar la urna por más tiempo. La entrega debía realizarse ante la presencia del recolector/a de manera tal que pudiera comprobar la inclusión de ambos materiales en la urna.

Los temas abordados por la encuesta fueron los siguientes: 1) las prioridades para la salud pública en el campo de la salud reproductiva: problemas a resolver y programas a implementar; 2) los derechos sexuales y reproductivos como responsabilidad individual o social; 3) la postura del hospital público frente a la anticoncepción; 4) la evaluación de los servicios de planificación familiar; 5) la problemática del aborto y la atención de las complicaciones de aborto en el hospital público, y 6) la legislación sobre el aborto. La encuesta también incorporaba una batería de preguntas sobre el perfil sociodemográfico y profesional de los respondentes (sexo, edad, especialidad, status laboral en el hospital, práctica pública y privada, nacionalidad y religión).

Fueron realizadas 467 encuestas; 67% en hospitales de la ciudad

de Buenos Aires⁶ y 33% en establecimientos del Gran Buenos Aires. La información sobre esta etapa del trabajo de campo –excluidos los servicios que rechazaron o denegaron el acceso– se detalla en el cuadro 3.

El perfil sociodemográfico de los respondentes es el siguiente: 59,5% son mujeres y 40,5%, hombres; el promedio de edad es treinta y nueve años. La mayor presencia femenina se concentra en las edades más jóvenes (veinticinco-treinta y cuatro años) mientras que, como contrapartida, la mayor presencia masculina se registra en el grupo de mayor edad de la muestra (cuarenta y cinco años y más). La gran mayoría (97,2%) es de nacionalidad argentina.

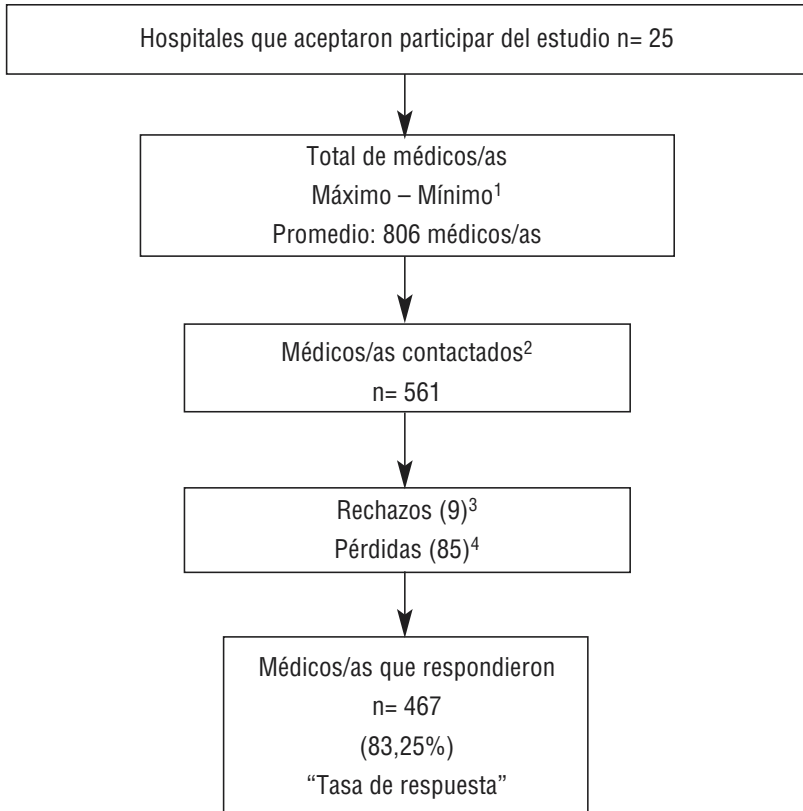
La mayoría de los respondentes (58,9%) se dedica a la tocoginecología que es, a su vez, la especialidad de egreso de la facultad, especialmente entre las personas más jóvenes de la muestra.

El 59% son médicos/as de planta, el 31,3% son residentes y el 9,7% son médicos/as de guardia. Dentro del ámbito público, la mayoría (85,7%) se desempeña sólo en el hospital, el 13,5% lo hace en el hospital y en el centro de salud. El 65,9% de los médicos/as encuestados trabaja en el ámbito privado. Este porcentaje es mayor entre los varones (76,6%) y crece a medida que aumenta la edad (cuarenta y cinco y más años: 84,9%). Por último, la gran mayoría de los/as respondentes (76,5%) opina que la religión no influye en sus opiniones sobre los temas abordados por la encuesta.

Cada una de las encuestas fue editada y codificada, para su ingreso a la base de datos elaborada con el programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), de acuerdo con un manual de códigos especialmente elaborado. Una vez armada la base de datos, se procedió a realizar el *clean up* de la información y a armar la matriz (títulos, definición de las variables, definición de los *missing values*, etcétera) para la ulterior salida de las tablas estadísticas.

6. Los casos correspondientes a los centros de salud fueron incluidos en cada hospital de pertenencia dadas las siguientes dificultades para recoger la información: difícil accesibilidad; aparición de trabas burocráticas –a solucionar en el hospital– para acceder a las entrevistas y escasa cantidad de profesionales en cada centro.

CUADRO 3



1. La diferencia en el total de médicos/as que trabajan en cada hospital/servicio –que aquí se denomina “máxima” y “mínima”– corresponde a la diferencia de cifras hallada entre la información estimada suministrada por el jefe/a del servicio en el primer contacto y la planilla completada por el recolector/a en el trabajo de campo.

2. La columna “médicos/as contactados” se refiere al total efectivo de profesionales a los que se les entregó la encuesta. Incluye las encuestas perdidas, los rechazos y las encuestas efectivas.

3. Corresponden a rechazos con consentimiento informado firmado. Los/as profesionales que “rechazaron” contestar la encuesta lo manifestaron de esa manera en el formulario de consentimiento informado. La descripción socio-demográfica de los nueve rechazos es: cinco hombres y cuatro mujeres; la edad mínima es veintisiete años y la máxima de cincuenta y cuatro; todos son médicos/as de planta excepto un jefe de área programática y un residente.

4. Corresponden a casos que aceptaron participar del estudio en el consentimiento informado pero no entregaron la encuesta o casos que, a pesar de haber sido contactados no entregaron ni el consentimiento ni la encuesta.

LA APLICACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

Dados los objetivos y la propuesta metodológica del estudio, se consideró apropiado recurrir a un método cualitativo para profundizar algunos de los resultados provenientes de un instrumento más estructurado como una encuesta sobre opiniones en salud reproductiva de los médicos/as.

Se eligió el grupo focal por varias razones. Por un lado, la dinámica de discusión grupal facilita la emergencia de valores, dudas y prejuicios. Por otro lado, tal como se ha comprobado en investigaciones con población general, el grupo focal permite captar y entender el lenguaje, las metáforas y los significados que dan cuenta de situaciones e interacciones vinculadas al comportamiento sexual y reproductivo (*Studies in Family Planning*, 1981; Knodel *et al.*, 1987; Balán y Ramos, 1989).

Se realizaron seis grupos focales, que contaron con la participación de médicos/as de cuatro servicios de ginecología, uno de obstetricia y un servicio de atención ambulatoria de adultos especializado en salud de la mujer. Estos servicios corresponden a tres hospitales públicos y un hospital de comunidad, ubicados en la ciudad de Buenos Aires y un hospital público del Gran Buenos Aires.

El perfil sociodemográfico de los cuarenta y seis participantes de los grupos focales fue el siguiente: 54,3% mujeres y 45,7% varones. En cuanto a la edad, la distribución fue la siguiente: veinticinco-treinta y cuatro años: 63%; treinta y cinco-cuarenta y cuatro años: 19,6%; cuarenta y cinco años y más: 17,4%.

Todos los grupos focales realizados fueron mixtos a los efectos de estimular un ámbito propicio para la eventual comparación e interacción entre las opiniones y actitudes de mujeres y varones acerca de los temas del estudio. Se armaron respetando la homogeneidad con relación al status laboral dentro del servicio: tres grupos focales estuvieron conformados por residentes/as y tres por médicos/as de planta.

Los temas de la encuesta discutidos en los grupos focales fueron: 1) motivos de la relevancia asignada a la anticoncepción como problema de salud pública; 2) evaluación de la distribución adoptada por la frase: "La anticoncepción no es suficientemente valorada por los médicos/as como una acción preventiva"; 3) evaluación del tratamiento de las pacientes en los servicios y del *ranking* asignado a las dimensiones de calidad del tratamiento recibido en los servicios por las pacien-

tes con complicaciones de aborto; 4) evaluación del involucramiento de la comunidad profesional en el debate público sobre el aborto en el país, y 5) opiniones acerca de las diferencias encontradas (o no) en la encuesta según sexo y edad de los/as respondientes.

La técnica no presentó dificultades en cuanto a la discusión sobre los temas y la disposición de los/as profesionales. Los obstáculos surgieron como consecuencia de su implementación en los mismos ámbitos de trabajo profesional, debido a que resultó dificultoso disponer de un espacio apropiado para el desarrollo de la discusión grupal (tanto en lo que respecta al ámbito físico como a la privacidad necesaria para este tipo de encuentros). También se enfrentaron dificultades relativas a la posibilidad de acordar horarios posibles para la realización del grupo focal.

El material recogido en los grupos focales fue desgrabado y se procedió a su reducción y codificación por pregunta. Los ejes del análisis surgieron de dos fuentes: a) las preguntas que orientaban la discusión grupal (por ejemplo, las opiniones de los participantes acerca de la calidad de la atención de los abortos hospitalizados), y b) las dimensiones que emergieron como relevantes en el proceso de lectura y relectura de las transcripciones (por ejemplo, las consecuencias que los/as participantes imaginan tendría la eventual despenalización del aborto; los sentimientos y las emociones que genera la atención de una mujer internada por complicaciones de aborto). Tal como es de rigor en el tratamiento de este tipo de material, el análisis recupera tanto los consensos como las controversias, intentando explicitar las dimensiones o argumentos sobre las cuales se construyen los acuerdos y disensos.

3. OPINIONES DE LOS TOCOGINECÓLOGOS/AS DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA

DOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA: LA ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO

A los efectos de introducir a los encuestados/as en la agenda de la salud reproductiva y detectar el grado de importancia que atribuyen a sus temas centrales, las primeras preguntas de la encuesta indagaron el nivel de relevancia para la salud pública que los médicos/as atribuyen a un conjunto de problemas de la salud reproductiva: aborto, abuso sexual, anticoncepción, anticoncepción quirúrgica, cáncer génito-mamario, cesárea, controles prenatales, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, infertilidad, nutrición, sida y violencia doméstica. Para ello se les ofrecía una tabla con una escala de relevancia de cinco ítem –muy relevante, bastante relevante, relevante, poco relevante, nada relevante– para cada problema listado tal como puede observarse en el cuadro 1.

En primer término, cabe destacar que la mitad o más de la muestra entrevistada consideró “muy” relevante al aborto (65%), la anticoncepción (51,2%)¹ y el cáncer génito-mamario (50,1%).

1. La distribución del resto de las categorías es la siguiente: bastante relevante: 14,3%; relevante: 18,0%; poco relevante: 10,3%; nada relevante: 3,9%; no sabe/no contesta: 2,4%.

CUADRO 1
NIVEL DE RELEVANCIA ATRIBUIDO A PROBLEMAS DE
LA SALUD PÚBLICA EN EL PAÍS

	Muy relevante	Bastante relevante	Relevante	Poco relevante	Nada relevante	No sabe/ No contesta ¹
	%	%	%	%	%	%
Aborto	65,3	12,8	11,6	7,5	1,9	0,9
Cáncer génito-mamario	50,1	20,1	22,1	4,1	0,9	2,8
Embarazo adolescente	42,6	27,2	16,1	10,1	2,4	1,7
Sida	48,2	21,4	20,1	7,7	1,3	1,3
Controles prenatales	48,0	18,4	20,1	8,1	1,7	3,6
Anticoncepción	51,2	14,3	18,0	10,3	3,9	2,4
Enfermedad de						
transmisión sexual (ETS)	39,8	25,5	20,8	10,3	1,9	1,7
Abuso sexual	33,6	22,1	25,1	13,1	3,2	3,0
Nutrición	33,0	19,3	23,8	14,8	7,1	2,1
Violencia doméstica	25,5	19,9	26,3	16,7	7,7	3,9
Cesárea	16,5	20,8	39,4	16,5	2,6	4,3
Infertilidad	5,4	13,9	36,8	30,2	10,1	3,6
Anticoncepción quirúrgica	5,8	7,1	19,3	36,2	24,8	6,9

Nota: total de encuestados/as en cada fila.
1. En la encuesta sólo figuraba la alternativa “No sabe”.

Dicho en otros términos: prácticamente dos de cada tres encuestados/as (65,3%) –sin que se registren diferencias significativas según sexo, edad y localización geográfica del hospital– opinó que el aborto es un problema muy relevante para la salud pública del país. Cuando se toman conjuntamente las opciones muy y bastante relevante, el porcentaje se eleva al 78,1%. En el caso de la anticoncepción, ese porcentaje crece significativamente en el grupo de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años (58,5%), especialmente entre los médicos varones de ese grupo etario (65,0%).²

2. Este porcentaje surge del cruce del nivel de relevancia en anticoncepción según el sexo y la edad tomadas conjuntamente.

No se registran diferencias estadísticamente significativas según el sexo de los encuestados/as y la ubicación geográfica del hospital.

Observados los resultados en su conjunto, el aborto ocupa el primer lugar en orden de importancia (65,3%), seguido de anticoncepción (51,2%), cáncer génito-mamario (50,1%); sida (48,2%); controles prenatales (48,0%); embarazo adolescente (42,6%); ETS (39,8%); abuso sexual (33,6%); nutrición (33,0%); violencia doméstica (25,5%); cesárea (16,5%); anticoncepción quirúrgica (5,8%); infertilidad (5,4%).

Las secciones siguientes presentan el análisis de las opiniones de los jefes/as y los médicos/as de los servicios acerca de los dos temas de la salud reproductiva que constituyeron la base de la indagación de este estudio: la anticoncepción y el aborto.

Respecto de la problemática anticonceptiva, la información recogida ha sido organizada en tres apartados correspondientes a las orientaciones de la política pública, la valoración de esta práctica asistencial y los criterios prescriptivos de anticonceptivos según tipo de paciente. Con relación al aborto, el análisis se ocupa de las orientaciones de la política pública, la decisión y la práctica, la legislación y la atención de las mujeres que se internan en los hospitales públicos por complicaciones de aborto.

LAS ORIENTACIONES DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN ANTICONCEPCIÓN

El objetivo de la exploración inicial descripta precedentemente era conocer la jerarquización de trece problemas de salud reproductiva relevantes desde el punto de vista de la situación epidemiológica de la Argentina. Complementariamente, en las entrevistas y en los grupos focales se propuso a los entrevistados/as una reflexión acerca de las razones por las cuales la anticoncepción era un tema clave de la salud pública en nuestro país.

Los jefes/as de servicio presentaron una doble argumentación. Por un lado, enfatizaron la relación entre anticoncepción y detección de otras patologías ginecológicas, y por el otro, la relación entre anticoncepción y aborto.

Hice una planificación familiar no sólo como planificación sino como detección de cáncer y de enfermedades de transmisión sexual [...] dado que en mi concepto, y creo que el de muchos otros, la mayor parte de la

patología ginecológica se puede tratar sencillamente si se hace diagnóstico precoz. Y el diagnóstico precoz en las clases populares sólo es posible en el embarazo y en la anticoncepción, que son las dos situaciones en que vienen sanas a la consulta (jefe, ginecólogo).

La anticoncepción se enlaza con un problema muy grave, que es el problema del aborto. En algún momento algún organismo internacional dijo que en América latina el aborto era utilizado como medio de regulación de la natalidad, lo cual es un problema gravísimo y de hecho es una patología con una prevalencia enorme, entonces el problema de contracepción o de regulación de la fertilidad adquiere su máxima relevancia desde el punto de vista sanitario cuando se enlaza con el tema del aborto (jefe, ginecólogo).

En el primer caso, parece presentarse la idea de que la asistencia en anticoncepción puede y debe resultar una buena puerta de entrada para desarrollar otras acciones en materia preventiva. Así, la legitimidad de desarrollar asistencia en anticoncepción descansaría en el hecho de que resulta un instrumento útil para lograr un objetivo de mayor alcance, como lo es la prevención de *la mayor parte de la patología ginecológica*, de acuerdo con la opinión del jefe entrevistado que se cita más arriba.

En el segundo caso, parece también estar presente un argumento que relaciona la anticoncepción con la prevención del aborto, siendo este último objetivo el que daría sentido legitimador a las prestaciones en planificación familiar.

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ANTICONCEPCIÓN

Dados los antecedentes políticos e institucionales que caracterizaron la historia de la anticoncepción en la Argentina, en particular en las últimas tres décadas, y que fueron presentados en la sección segunda de este libro, el estudio también se propuso indagar las opiniones de los/as profesionales con relación a estos antecedentes, fundamentalmente en las entrevistas a los jefes/as de servicio y en los grupos focales. La hipótesis acerca de las particularidades de esta historia de prohibiciones y silenciamientos parecía cobrar sentido a la luz de evidencias recogidas en otros estudios realizados en el país (Llovet y Ramos, 1986; Novick, 1992; Torrado, 1993; Gogna *et al.*, 1998) y resultaba un escalón inexcusable para contextualizar las orientaciones actuales de las opiniones y prácticas de esta comunidad profesional.

Así pudo constatararse que para los jefes/as de servicios, la vigencia durante muchos años de una política pronatalista en la Argentina marcó fuertemente las orientaciones programáticas de la práctica profesional en anticoncepción en los servicios públicos. Del conjunto de los testimonios extraemos los pasajes que marcan, a juicio de los entrevistados/as, los momentos clave de esa política:

Planificación familiar se hizo desde siempre. Fundamentalmente se empiezan a estructurar en todos los hospitales de la Argentina [...] de todo el mundo, a partir de los años sesenta, que es cuando aparece la píldora [...] sesenta y uno, sesenta y dos [...] Acá se establecen los consultorios formales de planificación entre el sesenta y dos y el sesenta y cinco [...], uno de los consultorios de ginecología se dedica a planificación familiar, así se llamaba. Acá y en el hospital XX nunca dejaron de funcionar, porque si bien en la época de la prohibición del año setenta y seis se le saca el cartel, sigue funcionando la estructura, siguen funcionando los psicólogos, los educadores, etcétera, hasta ahora (jefe, ginecólogo).

Hace más o menos unos veinticinco o treinta años se había aceptado que los hospitales tuvieran consultorio de planificación familiar. Después existió una ley que lo prohibió, a partir del año setenta y tres, porque había una filosofía política que decía que tenía que haber más habitantes en la Argentina. Después de eso, empezaron nuevamente a moverse las organizaciones, esto tiene el tema de que tiene un fin social pero también tiene atrás el negocio de las empresas que fabrican productos o que venden cosas como para evitarlo. La procreación había desaparecido de los hospitales. Después, en los años ochenta, aproximadamente, vuelve en la época de Alfonsín a aceptarse en los hospitales públicos (jefe, tocoginecólogo).

Además de aceptarse en los hospitales públicos salió una ley que autorizó el uso de los dispositivos intrauterinos que estaban prohibidos. Los dispositivos se colocaban en la clandestinidad, porque estaban prohibidos [...] Entonces había una ley nacional que lo permitía siempre y cuando el producto viniera con una bibliografía en castellano (jefe, tocoginecólogo).

Antes colocar un DIU [...] realmente uno asumía cierto riesgo, porque no tenía ningún tipo de legislación que te protegiera. Era por poco como hacer un aborto. Desde ya te digo que nosotros siempre colocamos DIU, aun en esos tiempos, y antes que se creara la parte de procreación responsable, antes de que surgiera como organización, ya estaba organizado acá. Después salió un artículo legal donde en cierta manera colocar un DIU [...] daba cierta legalidad. En ese sentido y además con cierta política de reuniones en las que se han tratado estos temas, ha habido un cambio favorable a través del tiempo (jefa, ginecóloga).

En materia del impacto de la política pública sobre las acciones de los servicios de salud, para los médicos/as de la ciudad de Buenos Aires, el Programa de Procreación Responsable de la Secretaría de Salud marcó un punto de inflexión. Aun cuando esta decisión haya modificado sustancialmente el escenario en el cual se desarrollaban las acciones en los hospitales, los profesionales resaltan la ausencia de una legislación específica sobre el tema como un problema central en tanto los expone a una sensación colectiva de riesgo frente a acciones legales o juicios de mala praxis.

¡A eso vamos! Es decir que está en un Programa, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires lo tiene implementado, y en casi todo el país está implementado. Pero no hay una ley que lo legisle. Entonces, la persona que lo está haciendo no tiene una cobertura ante el problema legal. Usted, por ejemplo, está autorizado por el municipio a colocar dispositivos, pero si después esa paciente tiene algún problema, la culpa es del médico (jefe, tocoginecólogo).

Otra cuestión indagada en las entrevistas a los jefes/as fue la valoración que otorgan a la anticoncepción. En otras palabras, ¿debe ser un tema más de la agenda de la salud reproductiva en la Argentina o debe ser “el tema” central? Los que aseguran que es un tema más, sospechan de los intereses creados por grupos de poder que quieren implementar nuevas tecnologías anticonceptivas, entre las que estaría el aborto como un método de regulación de la fecundidad, y de esa forma descuidar la investigación acerca de los métodos naturales. Otra línea argumental, en consonancia con la anterior, adhiere a un pensamiento de tipo conspirativo en el cual la anticoncepción respondería a intereses foráneos tendientes a evitar el crecimiento poblacional y económico del país:

[...] Tenga en cuenta que la República Argentina con 30 millones de habitantes no es la misma República que sería con 200 millones de habitantes. Si tuviéramos muchos más habitantes seríamos un país de mucha más envergadura, así que no nos engañemos, en el asunto de regulación de la natalidad no hay que enrolarse con mucha facilidad porque a veces responde a políticas poblacionales de otros países donde les interesa frenar la reproducción en países determinados [...] (jefe, tocoginecólogo).

No obstante la postura de algunos jefes/as, nueve de cada diez médicos/as (86,5%) consultados en los servicios de ginecología, obste-

tricia y tocoginecología, a través de la encuesta, no acuerdan que la planificación familiar sea exclusivamente una estrategia para controlar el crecimiento de la población.³ El desacuerdo crece entre los médicos/as que trabajan en la ciudad de Buenos Aires (89,5%). No se registran diferencias estadísticamente significativas según sexo y edad de los/as profesionales.

LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS

Con el propósito de indagar acerca de las opiniones de los médicos/as con relación a las orientaciones de las políticas de salud en la Argentina en el campo de la salud reproductiva, también se les interrogó acerca del grado de prioridad adjudicado a un conjunto de acciones.

Así, la gran mayoría considera “muy proritaria”⁴ la realización de cada una de las siguientes cuatro acciones planteadas en la encuesta. En primer lugar, el 86,7% de los médicos/as –sin que se registren diferencias significativas– considera “muy prioritaria” la implementación de programas de educación sexual dirigidos a la población adolescente. Cabe señalar que los médicos/as de los servicios encuestados no sólo consideran prioritaria la realización de programas de educación sexual sino que casi la totalidad de la muestra (97,6%) manifestó su parecer con respecto a ese tema acordando con el contenido de la siguiente frase: “La educación sexual contribuye a que los/as jóvenes tengan una vida sexual más responsable y segura”.

En segundo lugar, la prioridad corresponde a una acción íntimamente vinculada a la anterior, y, a su vez, ampliamente resistida por los sectores gubernamentales y eclesiásticos desde la aparición de la epidemia del VIH/sida (Gogna, 1994): la implementación de campañas de prevención con distribución de preservativos. La prioridad asignada a esta acción (81,6%), a semejanza de la acción indicada previamente, tampoco presenta diferencias significativas según las

3. *La planificación familiar es exclusivamente una estrategia para controlar el crecimiento de la población: acuerdo: 10,9%; desacuerdo: 86,5%; no sabe/no contesta: 2,6%.*

4. *El complemento a 100% corresponde a las categorías prioritario, poco prioritario, nada prioritario.*

variables de cruce consideradas. En tercer lugar, el 72,8% de los encuestados/as le otorga la máxima prioridad a la implementación de programas de asistencia en anticoncepción. Si bien los médicos varones adjudican una mayor relevancia a la anticoncepción como problema de la salud pública, son las médicas mujeres quienes, en mayor medida, adjudican una alta prioridad a la implementación de programas específicos en anticoncepción (77,4%). Finalmente, el 71,1% considera muy prioritaria la implementación de programas de asesoramiento anticonceptivo postaborto, porcentaje que crece entre los médicos/as cuya edad se encuentra entre los treinta y cinco a cuarenta y cuatro años (77,6%).

A diferencia de las acciones mencionadas, la derogación de la prohibición de realizar la ligadura tubaria y la vasectomía sólo es considerada “muy prioritaria” por el 25,3% de los médicos/as encuestados,⁵ especialmente –a semejanza de la acción mencionada previamente– el grupo de médicos/as cuya edad se encuentra comprendida entre los treinta y cinco a cuarenta y cuatro años (31,2%). No se registran diferencias significativas según sexo y ubicación geográfica del hospital con respecto a este tema.

EL ROL DEL HOSPITAL PÚBLICO Y LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

También la historia de la política pública en la Argentina en materia de salud reproductiva motivó la indagación de las opiniones de los/as profesionales con respecto al rol que debería desempeñar el hospital público con relación a la información, prescripción y provisión de métodos de planificación familiar.

Como puede observarse en el cuadro 2, la información y la prescripción de anticonceptivos por parte del hospital público han sido escasamente mencionadas como prácticas aisladas de su provisión. El 98,3% de la muestra –sin que se registren diferencias significativas según las variables de cruce consideradas– mencionó a ambas prácticas unidas a algún tipo de provisión de anticonceptivos.

Con respecto a la provisión, las opiniones confluyeron alrededor de la necesidad de que el hospital público proporcione los métodos

5. Prioritaria: 23,6%; poco prioritaria: 28,9%; nada prioritaria: 18,8%; no sabe/no contesta: 3,5%.

gratuitamente. No obstante, aquéllas se diferenciaron según el tipo de paciente a la cual deberían estar dirigidos los recursos: la posición mayoritaria opina que la provisión gratuita debe ser para todas las pacientes; la siguiente posición, en orden de importancia, opina que así debe ser pero sólo para las pacientes de alto riesgo.

CUADRO 2
OPINIÓN ACERCA DE LA POSTURA DEL HOSPITAL PÚBLICO
CON RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

	%
No hacer nada	—
Sólo informar	1,3
Informar y prescribir	2,8
Informar, prescribir y proveer a bajo costo a todas las pacientes	14,6
Informar, prescribir y proveer gratuitamente sólo a las pacientes de alto riesgo biológico-social	34,3
Informar, prescribir y proveer gratuitamente a todas las pacientes	45,4
No sabe/no contesta	1,7
Total	100,0
Base	(467)

Consultados acerca de la calidad de los servicios de planificación familiar, los médicos/as –sin que se registren diferencias según sexo, edad y ubicación geográfica del hospital– respondieron con una opinión relativamente neutra. Así, como puede observarse en la tabla siguiente, el 31,3% de los encuestados/as considera que los servicios de planificación familiar/procreación responsable no son “ni buenos ni malos”, aunque cabe resaltar que la suma de las categorías positivas supera a las negativas: 36,7% vs. 30,7% respectivamente.

LA VALORACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN COMO PRÁCTICA ASISTENCIAL

También la indagación se centró en el valor asignado a la anticoncepción como práctica asistencial de carácter preventivo. Para ello se

presentó un conjunto de frases sobre las cuales los médicos/as debían señalar su acuerdo o desacuerdo.

CUADRO 3
EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR/PROCREACIÓN RESPONSABLE DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS

	%	%
Excelentes	1,3	
Muy buenos	6,4	36,7
Buenos	29,0	
Ni buenos ni malos	31,3	31,3
Malos	24,5	
Muy malos	3,6	30,7
Pésimos	2,6	
No sabe/no contesta	1,3	1,3
Total	100	100
Base	(467)	(467)

Los resultados de la encuesta indican que cuatro de cada diez médicos/as está en desacuerdo con la frase: “La prestación anticonceptiva no es suficientemente valorada por los médicos/as como una acción preventiva”. En otras palabras, el 40% de los consultados/as –porcentaje que en la ciudad de Buenos Aires asciende al 63,3%– consideró que la anticoncepción es actualmente una práctica asistencial valorada positivamente como una acción preventiva. Por otro lado, una ligera mayoría –seis de cada diez encuestados/as– está de acuerdo con la frase propuesta acerca de la existencia de una escasa valoración de la anticoncepción como práctica preventiva por parte de la comunidad médica. No se registran diferencias según sexo y edad.

En los grupos focales se buscó profundizar esta información provista por la encuesta y se interrogó acerca de la opinión que les merecían los resultados obtenidos alrededor de la frase mencionada. Las discusiones suscitadas en los grupos enfatizaron la “valoración que los distintos profesionales de la salud asignan a la anticoncepción como práctica” más que “la relación anticoncepción-prevención”. En

esta línea, el material recogido permite identificar tres posturas diferentes construidas alrededor de esos ejes: el socioprofesional, el socioeconómico y el sociopolítico. Con relación al primero, prácticamente en todos los grupos, los/as participantes establecieron diferencias en esta práctica dentro de la comunidad médica. Según sus opiniones, las diferencias se establecen según la especialidad de los médicos/as, tal como lo ilustran los siguientes testimonios:

PM:⁶ En general los médicos de otras especialidades no le dan importancia.

PV: La vivencia que tiene uno es que el médico general, el médico de familia o el especialista que no es ginecólogo, usualmente no está para nada advertido de las necesidades de anticoncepción de las pacientes que ven.

PM: Como médicos ginecólogos obviamente que se valora, no sé qué pasará en el resto de las especialidades. Un médico ginecólogo que no se ocupe de la anticoncepción de una paciente, me parece que no.

Con relación al eje socioeconómico, los/las participantes también establecieron espontáneamente, en varios grupos focales, diferencias entre lo que ocurre con la asistencia en anticoncepción en el ámbito privado y en el sector público. Los testimonios indican que los profesionales tienen una actitud con respecto a “sus pacientes” (mujeres de clase media que se atienden en el consultorio privado) y otra diferente frente a la población usuaria del hospital público, a la que algunos/as denominan “población en riesgo”.

PV: Creo que hay una dicotomía en el médico que hace ginecología u obstetricia y lo que es la salud pública y lo que es el paciente.⁷ Creo que hay poca conciencia de la salud pública [...] nadie por ahí piensa qué hay que hacer en una villa de emergencia por la anticoncepción y sí qué hay que hacer con la persona en el consultorio.

PV: Creo que, por un lado, está la situación individual de cada médico, como decía él. A cada paciente que atiendo un parto o que viene, le hablo de anticoncepción. Por ahí muchos de los médicos lo hacemos pero es una cosa muy individual, no sabemos lo que hace cada médico. Por otro lado,

6. Participante mujer (PM), participante varón (PV).

7. Resulta llamativo que cuando se refieren a las pacientes mujeres la mayoría de los médicos/as que participaron en los grupos focales utilizan el género masculino (“el” paciente).

creo que es un problema social importante que depende también de los estratos sociales. Por ahí no es lo mismo en la clase media alta que en la clase baja, donde se debería tener políticas desde la sociedad hacia esos grupos, no sé si se está haciendo en este momento.

Los propios médicos/as dan cuenta de las razones que explican la distinción público/privado en relación con la provisión de la asistencia en anticoncepción. Esta distinción fue ejemplificada paradigmáticamente por un médico que aludió al *problema que tiene la anticoncepción cuando uno la hace desde la salud pública*. Cuando la moderadora le preguntó a qué se refería, el participante aclaró:

PV: Uno, por ejemplo, no puede ir dando anticonceptivos así nomás porque tiene un despelote grande como una casa. Como que hay una serie de factores de poder que hacen de la anticoncepción una cosa digamos [...] de la legislación, no una cosa efectiva.

La idea fue compartida y ampliada por otros/as participantes del grupo. Las citas revelan un contexto cultural e institucional en el que predominan el temor a la sanción social, la ausencia de normativas y un cierto desconocimiento del status legal del derecho de los ciudadanos/as a regular su fecundidad.

PV: Este país es claramente punitivo en la jerarquía que vos adquirís en la sociedad si te dedicás a estas cosas (anticoncepción). Tienen tanto poder estos señores que es punitivo directamente, o sea, vos creás un estado de terror en un servicio donde este tema [...] de esto no se habla. Este tema raya lo moral, raya el dilema bioético, motivo por el cual hay que abstenerse de tratarlo, con algunas presiones claras.

PM: Creo que al no estar normatizado o reglado se toma mucho la opinión personal del médico.

PM: Es lo que decís vos, que te juzgan y vos, más allá de que tengas tu mente abierta y digas “¿cómo esta chiquita de catorce años se va embarazar?”, no te dejan usar ése [...] como no está reglado [...]

Por último, con relación al eje sociopolítico, los/as participantes de los grupos focales coincidieron en resaltar el impacto negativo de la ausencia de políticas públicas en la Argentina sobre la práctica de la planificación familiar. En ese sentido, los/as profesionales no sólo marcan que se trata de una práctica que no tiene *orientación de salud pública* sino que también avanzaron en consideraciones acerca del pa-

pel desempeñado por diferentes actores sociales en la formulación de las políticas públicas en este campo en la Argentina. Así, fue remarcado que, dada la ausencia de orientaciones de política pública en esta materia, se produjo un sobredimensionamiento de la postura personal de los jefes del servicio como rectora de las orientaciones de los servicios de salud públicos. Los testimonios que a continuación se presentan introducen un tema recurrente en los grupos: la ausencia de una política pública que legitime y promueva la anticoncepción.

PV: La salud pública no se ha hecho cargo. Hubo cientos de decretos que prohibían el control y todo lo demás hasta el ochenta y seis [...] cuando se decide que sí, que puede haber, que se pueden generar servicios de procreación responsable, se le llamó en su momento. Empiezan a estar [...] cuevitas, escondidos en el fondo de un hospital, poco menos que residentes de primer año, castigados, sin aporte, sin apoyo oficial, porque, está bien, hay que hacerlo, pero era una cosa en el aire.

La escasa importancia que, desde la salud pública, ha merecido la anticoncepción en nuestro país también fue señalada en otro grupo en el cual los participantes identificaron claramente los factores que a su juicio explican la actitud refractaria de las autoridades de salud y los decisores políticos para encarar el tema de la anticoncepción.

PV: Creo que no se le puede pedir al cuerpo médico que le dé importancia a eso [la anticoncepción] porque Salud Pública no le da importancia. ¿Cuáles son las pautas de salud pública sobre anticoncepción? Entonces, esto va a depender de los grupos médicos y de las posibilidades que tengan, no de una política de anticoncepción a favor o en contra en el país. No es relevante. Tampoco la tiene la facultad [...] No es relevante.

Moderadora: O sea, ¿va en la dirección de los condicionamientos sociales, políticos, generales?

PM: Y de la Iglesia, no nos olvidemos de la Iglesia.

PV: Es la cosa más importante de todo esto. Cuando vos planteás políticas de anticoncepción hay intereses creados en cúpulas superiores que no hacen que se acceda a la anticoncepción real, digo que se van en discusiones diletantes que no terminan en nada.

PV: El país no tiene fijada una política de población, el país no se atreve a decir si necesitamos sesenta millones, como alguien prometía para el año 2000 o necesitamos quedarnos con treinta y cuatro millones.

PV: Aparte, no te olvides de nuestra religión.

PV: Pero por un lado, por la influencia religiosa en el sentido de que no acepta la anticoncepción, salvo por ahí gente que está más a la vanguar-

dia, o lo aceptan de una manera distinta, digamos. Y, por otro, está asociado esto a un problema también, al aborto. Gente que no hace anticoncepción tiene más riesgo de realizar un aborto. Creo que hay toda una situación preventiva de la sociedad que yo no la veo. No veo que [...] ¿en los hospitales públicos se hace propaganda escrita, por ejemplo explicando qué es la anticoncepción, que usted debe concurrir? No sé si se hace en el hospital público, acá no se hace.

Como vemos, desde la perspectiva de los médicos/as de este servicio existe un conjunto de factores, entre los que se destacan los de tipo político-ideológico, que explican la ausencia de una política de salud que legitime la asistencia en anticoncepción en los servicios públicos. En general, los obstáculos mencionados son similares en los diversos grupos:

PM: En parte nuestra cultura: el tema del tabú de la sexualidad. Y los intereses de la religión.

PV: Las creencias desde los mismos organismos de salud pública que tienen intereses creados muy enraizados [...] de muchas cosas que no tienen que ver con la realidad.

PV: No está jerarquizado por Salud Pública más allá de una actitud declamatoria, ninguna actitud preventiva en salud salvo los planes de vacunación, de vez en cuando por ahí esporádicamente una campaña de cáncer de mama [...].

PV: Yo creo, a lo mejor me equivoco, creo que los que dictan las ideas en Salud Pública tienen problemas políticos que resolver. Tienen que ponerse en contra de ciertas cosas que les son muy difíciles, entonces es más fácil dejar de lado.

PV: O sea, la Iglesia está en contra totalmente... es un tema que es muy difícil siendo el Estado católico.

PV: No, el Estado no es católico [...].

En síntesis, los médicos/as describen un complejo escenario en el que las presiones de los grupos conservadores se entrecruzan con la falta de una política nacional preventiva. También en algunos grupos los intereses económicos y/o corporativos fueron mencionados como otro factor que contribuiría a explicar las dificultades que la población tiene para acceder a la anticoncepción. En esta línea argumental se mencionaron los siguientes datos y ejemplos: las obras sociales (instituciones de la seguridad social para los trabajadores/as) no proveen anticonceptivos en forma gratuita o a bajo costo por no ser considerados medicamentos; algunos profesionales *ven de mal talante* que un

seguro médico prepago cubra la colocación del DIU o que se introduzcan en el país DIU que tienen una vida útil de ocho años. Un participante mencionó también que hay médicos/as para los cuales es *mucho más rentable un aborto que dar pastillas*.

LOS JEFES/AS DE SERVICIO: ACTORES RELEVANTES

En prácticamente todos los grupos hubo menciones al hecho de que, dada la ausencia de políticas explícitas, los jefes/as de servicio actúan como actores centrales que –por acción u omisión– determinan si el servicio provee o no información y métodos a las usuarias. De esa manera, la implementación de la asistencia en anticoncepción suele quedar librada a la ideología personal del jefe/a del servicio.

PV: La prevención no está jerarquizada.

PV: Depende de cada [...] yo vi en un hospital público, que es el XX, donde estaba el Dr. Y, en el que estaba realmente jerarquizada la anticoncepción. Ahí había un departamento de anticoncepción, se conseguían DIU para colocar a pacientes. Quiero decir que era un lugar de prestigio donde estaban tipos de prestigio, [...] y realmente se hacía propaganda en el hospital [...].

PV: Con lo cual vos querés decir que la ideología de un jefe puede poner este tema en una visión jerarquizada y la visión de un jefe puede ponerla en una visión desjerarquizada. El Estado, que tendría que monitorear que esto no tenga un peso específico o que tenga color dentro del servicio, está totalmente ausente con respecto a que un jefe se dé el lujo de darle o mucha jerarquía el día de mañana o cero jerarquía el día de hoy.

PV: Eso no tendría que pasar por los jefes, sino por una política.

PV: Ésa es la dicotomía entre [...] el que no tiene ningún interés por la salud pública no lo tiene, chau [...] pero el que quiera tener una mínima, digamos, inquietud por la salud pública [...] de pronto uno dice “¿para qué?”. Todo esto es [...] Al contrario, es como pegarse contra la pared [...] que se arreglen y yo me dedico a mí. Entonces, de alguna forma es cierto, le dan importancia pero [...]

Moderadora: Pero que se ocupe otro.

PV: Exactamente.

Adicionalmente, varios/as participantes resaltaron el hecho de que existen servicios en los cuales, debido a las creencias religiosas de sus respectivos jefes/as, no se provee información ni métodos anticonceptivos.

PV: También hay algo importante [...] [hay] mucha controversia en los estratos religiosos, a los que pertenecen muchos de los médicos, sobre todo de la generación superior a la nuestra que son jefes de servicio, que el DIU es abortivo, algunos han dicho que la anticoncepción de emergencia es abortiva, lo dicen públicamente, y entonces, si piensan todo eso, sólo queda relegado a métodos de barrera, que la Iglesia no acepta, con lo cual a regañadientes aceptan ponerlos o recomendarlos o píldoras anticonceptivas, que eso lo hace cualquiera, hasta el farmacéutico lo hace.

PV: A mí me tocó trabajar siendo estudiante en un hospital donde el jefe de servicio era extremadamente religioso, de quien soy muy amigo y bueno... En ese hospital, específicamente, un hospital de emergencias, muchísimos abortos provocados, muchísimas mujeres con abortos provocados y realmente no se hacía buena anticoncepción por convencimiento religioso. De hecho, la clase de anticoncepción en la universidad consistió en dos chicos de la Acción Católica que nos vinieron a explicar que no había que tener relaciones sexuales [...].

PV: Lo que pasaba en ese hospital pasó hace muy poco en la provincia XX. De hecho, es algo bastante reciente que se aceptó un poco el uso de anticonceptivos y demás, hasta hace poco, al menos hasta que yo terminé de cursar la carrera, no se podían recetar, sea de la universidad católica o una universidad pública es así, a nivel gubernamental era así.

PM: Yo sé que hay hospitales donde directamente no aceptan anticoncepción y sí se hace todo el resto de la ginecología.

Como explícitamente señala uno de los entrevistados, es difícil para la comunidad médica, en especial para los/as más jóvenes, promover y/o desarrollar acciones que no cuentan con la aprobación del jefe/a del servicio.

PV: Cada servicio, cada hospital tiene su librito de normas y las cosas que se salen de ese librito de normas o que no están ahí es muy difícil, sobre todo para los médicos jóvenes, que empiecen a cambiarlas o a instituir las si algún jefe o algún superior no lo hace. El tema falla también por parte del gobierno porque tampoco hay una incentivación hacia los métodos anticonceptivos para las pacientes, el hecho es que, por ejemplo, la ligadura tubaria no es legal.

Algunos/as participantes espontáneamente mencionaron el débil papel desempeñado por las sociedades profesionales en relación con la anticoncepción y/o la actitud refractaria que algunas de ellas tienen con respecto a esta temática.

PV: Se creó una sociedad argentina para el estudio de la anticoncepción

hace dos o tres meses, en un intento por empezar a trabajar en esto y presionar, pero no es sencillo, está claro que en el Parlamento a nadie le interesa que esto suceda. O sea, desde que vine a vivir a Buenos Aires he escuchado al Dr. Z tratar de llevar adelante una ley sobre la regulación de la fertilidad y ahí está, ha habido no sé cuántos intentos y ahí está. Y no escuché a ningún político todavía en todos estos años que tengo, que en su discurso diga “vamos a ocuparnos de la salud de las mujeres”.

PV: Acá es un tema [la anticoncepción] que, por ejemplo, la Academia Nacional de Medicina no lo trata. Lo que dice ella, exactamente la campaña que hizo la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, motivó que en este momento el cambio de ideología de la Sociedad fue total porque estos grupos vieron que la Sociedad había adquirido un rumbo [...] dijeron vamos a copar la Sociedad y la coparon de tal o cual manera, la coparon. ¿Por qué? Para que en caso de [...] hoy no hay en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad de Buenos Aires la mínima posibilidad de que exista ningún verbo en anticoncepción.

Finalmente, también refiriéndose a los obstáculos que se enfrentan en los servicios públicos de salud, varios de los/as participantes aludieron a las dificultades materiales de los servicios:

PV: También se plantea que por ahí las pacientes para llegar a tener un método anticonceptivo tienen una serie de estudios previos para ver en qué condiciones se encuentran, ya sea para anticoncepción hormonal o método de barrera o DIU, y es por ahí todo eso previo, y por el manejo, o sea la cantidad de pacientes que se maneja y demás, para solicitar un turno para colposcopia, la colocación de un DIU, la ecografía, y todo eso, como que retrasa mucho las cosas y por ahí se van perdiendo.

PM: Yo tengo la experiencia de los hospitales públicos de XX y hay un lugar, un consultorio dedicado a la anticoncepción que le explican las cosas, pero el asunto es la falta de elementos. Uno puede dar anticonceptivos a una paciente para un mes o para dos meses y, después cuando viene a buscar porque ya se le están por acabar, no hay más. Ésa es una de las cosas que pasan con los anticonceptivos y con otras cosas [...], con el DIU.

¿CUÁN PRESTIGIOSA ES LA ANTICONCEPCIÓN PARA LOS MÉDICOS/AS?

Otro factor que puede arrojar luz sobre el posicionamiento de los tocoGINECÓLOGOS/as frente a la anticoncepción surgió en el primero de los grupos realizados: se trata del prestigio o jerarquía que esta práctica asistencial reviste para esta comunidad profesional. Este argumento parece ser interesante por tratarse de un elemento inherente a la cultura profesional que podría explicar, al menos parcialmente, el dé-

bil protagonismo público de esta comunidad profesional con relación a la anticoncepción, como indicaban algunos estudios previos realizados en el país (Balán *et al.*, 1989; López, 1993), con cierta independencia de los obstáculos de orden político-ideológico antes referidos.

Sin embargo, resultó difícil en las discusiones de los grupos focales “aislar” este factor del cuadro global de situación con relación a la política pública. Como veremos a continuación, el tema del “prestigio” de esta práctica aparece en las discusiones muy estrechamente ligado al argumento acerca de la falta de políticas públicas y a las presiones de tipo político-ideológico que aún se enfrentan en nuestro país en este campo.

PV: Le quería preguntar a ella si en el hospital XX era prestigioso atender ese consultorio. Si era una cosa bien vista, si tenía una jerarquía lo mismo que poner el laparoscopio o hacer el super diagnóstico de la [...] Si ahí va el médico más prestigioso o si es una cosa que se relega al más joven, al último. Yo creo que no está jerarquizada esa actitud dentro de un servicio, no está jerarquizado en las sociedades científicas [...]. Y existen un montón de lobbies en contra. En ese contexto, el consenso parece ser que la anticoncepción es una práctica poco prestigiosa.

PV: Trabajar en el consultorio de planificación familiar te da poco status.

PV: La mujer que quiere ir a colocarse un DIU, tiene que hacer siete millones de cosas. Cuando termina de hacer todos los trámites burocráticos y todo lo que tiene que hacer para ponerse el DIU, ya quedó embarazada. Entonces, bueno, todo eso ha hecho que no sea valorado el servicio de planificación familiar, en todos los hospitales son oficinas chiquitas, con un consultorio.

Sólo en un grupo, un participante cuestionó abiertamente esta postura:

PV: Cada uno en su consultorio hace anticoncepción, enseña anticoncepción. Es poco probable decir que da poca jerarquía administrar el abecé de la ginecología, es como decir que da poca jerarquía hacer un Papanicolau.

Creemos que otro elemento a tener en cuenta, cuando se analiza la cuestión del prestigio o jerarquía que la anticoncepción tiene para los tocoginecólogos/as, es la distinción que espontáneamente realizaron algunos entrevistados/as entre “hacer anticoncepción” y “dar pastillas”. Recordando cómo había comenzado la planificación familiar en la Argentina, uno de los médicos indicó:

PV: Algunos grupos fueron más prestigiosos, otros grupos fueron los que para la jerga médica eran repartidores de pastillas nada más, al servicio de un laboratorio o de un grupo de laboratorios. Esto no fue tomado en sus manos por alguna entidad representativa [...].

En una línea similar, los/as participantes de otros grupos mencionaron que *una cosa es hacer anticoncepción y otra cosa es sólo dar pastillitas* o que *la anticoncepción no es recetar pastillas*. Estos comentarios resumían la idea de que el asesoramiento y el seguimiento de las pacientes hacen la diferencia entre un tipo de prestación y otra y que “hacer anticoncepción” supone dedicar tiempo a la paciente, teniendo presente la importancia de prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida y no sólo el embarazo no deseado. Finalmente, uno de los comentarios aludió explícitamente al hecho de que recomendar pastillas es algo que puede *hacer cualquiera*, sea el farmacéutico o un lego.

Finalmente, en los grupos focales intentamos explorar si “hacer anticoncepción” es o no “interesante”. El tema no generó mayores intercambios entre los/as participantes de los grupos focales con excepción de un servicio de ginecología en el cual se suscitó un animado y por cierto sugerente diálogo. En él se recuperan opiniones vertidas en otros grupos respecto de la escasa relevancia que se da a la anticoncepción en la carrera de grado y/o en la residencia. El consenso en este grupo es que la anticoncepción no resulta una actividad particularmente enriquecedora o estimulante para el profesional aun cuando se la realice como parte de la tarea asistencial.

PM: [...] Como cuando te mandaban a hacer anticoncepción. [...] es como que no se le daba la importancia en cuanto por lo menos a la formación. A lo mejor uno le da más importancia a formarse en patología mamaria que a formarse en anticoncepción.

PM: Eso es otra cosa. Eso habla en relación con la formación del médico, y si al médico le interesa la anticoncepción. ¡No! porque es una especialidad muy chata, donde no hay nada nuevo. El resto de la ginecología está como subdividida, como en subespecialidades interesantes y que se renuevan diariamente, digamos. Es ahí.

PM: ¡Como para dedicarse a hacer anticoncepción!

PM: Claro, como para dedicarse, pero no en relación con el paciente. Digamos que es como que para uno.

Moderadora: ¿Fácil querés decir con “chata”?

PM: Sí, como que no hay nada nuevo.

PV: No hay una sociedad tampoco como en las otras, de especialidad, subespecialidades como patología mamaria, patología cervical que tienen sociedades, esto no tiene sociedad. Además, congresos referidos a la salud reproductiva son muy escasos los que hay, creo que hay uno el año que viene, pero en todo el año no hubo nada. En cambio, congresos de otras subespecialidades hay todos los años.

PM: La especialidad es un poco rutinaria: las pacientes vienen a buscar pastillas, colocás el DIU, lo controlás, pero el control es ginecología, es un Papanicolau, no es algo que a los ginecólogos nos encante. Acá hemos pasado todos por el consultorio de procreación y nadie se ha quedado maravillado con hacer procreación, y todos los que estamos ¡tenemos que hacer procreación! No es lo que nos guste, no es lo que a los ginecólogos les interese hacer, seis meses, un año, pero más no. Tenemos que rotar todos porque no es algo que nos encante.

PV: Eso es muy distinto a pensar que uno tenga un desinterés para no saber cómo la paciente [...].

PM: Claro, que uno no le informe al paciente.

PM: Cuando se hace consultorio general se tiene en cuenta y se lo deriva a ese consultorio, pero no como para hacer exclusivamente anticoncepción.

PM: Claro, porque muchas veces, yo creo que sí es fundamental para la sociedad, pero que es cierto que a nosotros no nos interesa. Lo que sí es muy interesante, si uno lo encara como lo encarábamos en una época en hacer los grupos, salidas al exterior, todo eso sí es lindo. Pero en sí, si no es medio aburrido, la verdad, por eso es que a lo mejor no lo toman en cuenta tanto. También es comprometido, porque hubo épocas en que esto era bastante comprometido, y actualmente también es comprometido porque es distinto hacer un Papanicolau que poner un DIU, por ejemplo. Más allá de lo interesante que pueda ser.

Moderadora: Vos estás trayendo otra cosa que también surgió en otros grupos, que dijeron “a veces podés tener problemas”.

PM: Exactamente.

PM: Más en una unidad hospitalaria, donde el control de las pacientes es más difícil que el DIU en una paciente privada. Vos le colocás un DIU y te aparece a los dos años con una complicación de DIU o embarazada, y no depende de uno, porque al final no viene al control. Pero uno el disgusto se lo lleva y se hace cargo de la paciente igual.

PV: El viernes pasado tuvimos una paciente con una ecografía poscolocación de DIU que no consultó. La ecografía informó que estaba descendido el DIU. La semana siguiente a hacerse la ecografía ella ovuló y quedó embarazada y nos viene a consultar a nosotros por un test de embarazo positivo. O sea, ahí tiene un riesgo el médico, o porque no supo informarle a la paciente, o la paciente tiene un desinterés por su salud misma. Se puso el DIU, se hizo la ecografía y listo, y no sabía que había expulsado el DIU.

Moderadora: Cuando vos decías comprometido ¿pensabas en este tipo de problema o pensabas en otra cosa?

PM: No, comprometido legalmente incluso, es más comprometido a ese nivel. Sí, sí.

La idea de que hacer anticoncepción es “poco interesante” fue manifestada también en un grupo de residentes de un servicio de ginecología:

PV: La consulta afuera del hospital, en consultorio que muchos de nosotros vamos a terminar allí, es una de las más comunes y habituales. Y quizás no es lo más interesante de la ginecología.

PV: Viene el laboratorio y te lo presenta, un poco como que no hay una exigencia como podría ser, no sé, ir a un quirófano [...].

¿EXISTE UNA JERARQUÍA DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS?

La comparación entre la anticoncepción y el Papanicolau fue mencionada espontáneamente por los entrevistados/as en varias oportunidades. También fue utilizada como estímulo por la moderadora para profundizar en la percepción que los tocoginecólogos/as tienen de la anticoncepción en tanto “acción preventiva”. Nos interesaba comprender si existe, en la perspectiva de los entrevistados/as, una “jerarquía de prácticas preventivas” en la cual el Papanicolau gozaría de mayor “legitimidad” que la anticoncepción, bajo el supuesto de que tal distinción podría ayudar a comprender por qué en el caso de la anticoncepción los médicos/as declinan, en cierta medida, su rol de expertos, al “aceptar” los cuestionamientos del poder político y/o las autoridades religiosas. También nos interesaba sondear el significado atribuido a la anticoncepción como práctica preventiva para explorar en qué medida los tocoginecólogos/as han incorporado la preocupación por la “doble protección” (prevención del embarazo no deseado y de las ETS/VIH-sida). Así, en un grupo realizado en un servicio de obstetricia, se produjo el siguiente diálogo:

Moderadora: ¿Qué es lo primero que piensa el médico cuando dice la anticoncepción es una acción preventiva?

PV: [...] Enfermedades venéreas o sida, yo pienso en eso.

PV: No solamente [...] la anticoncepción es una herramienta más para la consulta preconcepcional, una mujer va a programar su embarazo, va a proponer el momento en el cual se va a embarazar y va a tomar todas las precauciones para que ese embarazo tenga las mayores posibilidades de seguir adelante sin inconveniente. Esto está ligado a la anticoncepción

[...]. Yo creo que esto es un elemento más que avala la necesidad de hacer práctica de anticoncepción.

Moderadora: Y en qué se diferencia la anticoncepción como acción preventiva de otras acciones preventivas dentro del campo de la tocoginecología [...] porque uno podría decir que hay varias acciones preventivas.

PV: El Papanicolau, por ejemplo.

Moderadora: Por ejemplo...

PV: Yo creo que básicamente no hay ninguna diferencia.

PV: Tiene mejor chapa el Papanicolau.

PV: Claro, y no la anticoncepción.

(Varios asienten)

PV: Ahí está el peso de los medios y el peso de la sociedad. El Papanicolau desde Tita Merello a hoy ha sido excelente. Funcionó, digamos de alguna manera, que la que no lo tiene es muy culpógena. La anticoncepción no tiene la misma chapa, no tiene la misma categoría, no tiene la misma conciencia yo creo que fundamentalmente en el médico, digamos, o a través del médico, las mujeres, los maridos, lo que fuera.

PM: Vos fijate que el Papanicolau no es preventivo, es un diagnóstico precoz.

Moderadora: Exacto.

PV: Claro, esto otro es preventivo. Porque lo que vos prevenís es el embarazo no deseado, y después la enfermedad. Ahora se ha incorporado la enfermedad pero, fundamentalmente, el embarazo no deseado.

Moderadora: ¿Vos qué decías?

PM: Que la diferencia es que la acción que cumplimos para el cáncer de cuello es porque es una enfermedad, lo otro [...] un embarazo se ve como algo, por más problemático que resulte, es un embarazo, no te enfermás, te embarazás.

PV: Sin embargo, se muere más gente como consecuencia de un embarazo que por cáncer de cuello. Fijate vos qué paradoja.

PM: Está consciente, uno puede conocer las complicaciones pero piensa en el embarazo, si se complica es otra [...]

El diálogo evidencia un consenso respecto de la mayor jerarquía que tiene el Papanicolau *vis à vis* la anticoncepción y también ilustra acerca de un hecho esperable en una cultura altamente medicalizada: tanto la población como los/as profesionales tienen una mayor conciencia de la necesidad de prevenir una enfermedad (el cáncer) que de prevenir un embarazo no deseado, no obstante el hecho de que los abortos realizados en condiciones riesgosas pueden ocasionar la muerte o ser causa de morbilidad.

También en dos de los grupos, los/as participantes mencionaron que las autoridades sanitarias/el gobierno tienen actitudes diferentes

respecto de la prevención del cáncer cérvico-uterino *vis à vis* la promoción de la anticoncepción:

PM: Se pueden hacer campañas de prevención de cáncer de cuello y no se puede hacer ninguna campaña [...] de anticoncepción [...]

PM: Se hizo una campaña, me acuerdo, radial y todo [...].

PV: Sí, “quererte es cuidarte”.

PM: Sobre la anticoncepción, y no hubo quejas que yo sepa de la Iglesia ni de nadie.

PV: Poca repercusión parece que tuvo [...]

Incluso un participante aportó un dato que resulta preocupante pues muestra hasta qué punto las acciones relacionadas con la salud de la mujer son evaluadas por los sectores de poder en función de criterios que nada tienen que ver con la salud pública y que abiertamente desconocen el derecho, amparado por la Constitución Nacional,⁸ que varones y mujeres tienen a decidir acerca del número y el espaciamiento de los hijos/as.

PV: Escuché un comentario de alguien que no tiene directamente una función a nivel de Salud Pública pero maneja, digamos, ciertos elementos de poder dentro de la Justicia, cuando fue la campaña del Papanicolau de la ciudad de Buenos Aires, el comentario era “eso es un centro para dar anticonceptivos”.

Moderadora: ¿Como algo malo?

PV: Claro, como una restricción de esto de aumentar la población, entonces después los países periféricos nos van a invadir. Lo cuento como una situación de cuántas son las cosas que hay que combatir para poder hacer una política.

Finalmente, en relación con la “doble protección”, tanto en el citado servicio de obstetricia como en dos servicios de ginecología en los que preguntamos por el significado de la expresión “acción preventiva”, los/as participantes espontáneamente aludieron tanto a la prevención del embarazo no deseado y, en consecuencia del aborto provocado, como a la prevención de las enfermedades de transmisión

8. Como se señala en la sección de Contexto, la Constitución Nacional Argentina incorporó en su Reforma de 1994 las Convenciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

sexual y, en particular, del VIH/sida. La doble protección es planteada por los médicos/as en los casos de las mujeres que no tienen “pareja estable” (como sea que se lo defina) y de los/as adolescentes. En varios de los servicios se indicó que en la adolescencia siempre se recomienda la “doble protección”.

LA PERSPECTIVA DE LOS TOCOGINECÓLOGOS/AS ACERCA DE LAS MUJERES POBRES Y LA ANTICONCEPCIÓN

Además de los obstáculos de tipo político-ideológico y de las dificultades materiales que enfrentan los hospitales públicos para proveer métodos anticonceptivos a las pacientes, se indagó acerca de otro tipo de obstáculos, ligados a las representaciones sociales que los médicos/as tienen de las mujeres pobres en tanto usuarias de métodos anticonceptivos. En la perspectiva de algunos médicos/as y en particular de los/las más jóvenes, las mujeres que se atienden en los hospitales públicos expresan poco interés y/o *compliance* respecto de la anticoncepción:

PM: Acá en el hospital XX, con la población que uno trabaja, por lo general no consulta mucho por eso, es muy difícil hacerle entender a una mujer que no lo pide que se tiene que cuidar.

PM: Tiene que ver con la población. Por ahí, afuera, ahí sí consultan [...].

PM: En privado.

PM: Tiene que ver con la población. Por lo menos la primera consulta la población no la hace. Acuden por otra, no es el síntoma, el síntoma es otro. En privado siempre, la consulta es el método anticonceptivo.

PM: En cambio acá somos nosotros los que sugerimos y les explicamos [...] les explicamos todo, porque por ahí vienen al consultorio de ginecología y anticoncepción por la pastilla, “vengo a que me des la pastilla”, y no es así. Es hacerle tomar conciencia, teniendo en cuenta lo que decía ella de la población con la que trabajamos nosotros, que no saben qué es eso.

Incluso en un caso una médica explícitamente cuestionó el argumento de la falta de información o de la falta de accesibilidad a los métodos, poniendo la cuestión en términos de “falta de responsabilidad de las mujeres”:

PM: La mayoría de los abortos ¿a qué se debe? A que no hay información o a la información impersonal.

PV: Eso no te lo puedo decir [...]. No tengo la respuesta clara, pero el núme-

ro, lo que dicen las estadísticas, es que uno de los grandes grupos de abortos son en mujeres no tan chicas, sino en mujeres de veinticinco a treinta y cinco años y mujeres casadas, con hijos previos. O sea que es una manera de limitar el número de hijos de una familia y eso, creo que por falta de acceso a la anticoncepción..., educación y acceso, creo que van de la mano.

PM (no había hablado hasta ese momento): Sí, y de responsabilidad [...]. La verdad, no sé, creo que a veces hay irresponsabilidad por múltiples causas, no solamente por desconocer, porque una persona que tiene tres hijos y veinticinco años, no creo que desconozca, sino que a veces hay situaciones irresponsables.

PV: Sí, pero una mujer que tiene veinticinco años y tres hijos, que ningún médico le habló de las pastillas y que la pareja se niega a usar preservativo porque dice que él no siente nada con preservativos, se va a quedar embarazada. Elige como método a lo sumo el *coitus interruptus*, que lo decide el marido, y se va a quedar embarazada, y se va a terminar haciendo un aborto. Y en realidad nadie le explicó a esa mujer cuáles son sus derechos. Tampoco nadie le ofreció un DIU porque va al hospital y cuando terminó de buscarse clamidia en el cuello, quedó embarazada de vuelta.

PV: Es así.

El diálogo antes citado ilustra dos puntos de vista que creemos coexisten en la comunidad profesional de los tocoginecólogos/as. El primero de ellos, expresado por la médica, atribuye toda la responsabilidad (o irresponsabilidad) a las mujeres. El segundo, expresado por el varón que le responde, reconoce que las mujeres enfrentan una serie de dificultades materiales para ejercer el derecho a regular su fecundidad, entre las que se destaca la ausencia de colaboración, y muchas veces la oposición de sus parejas sexuales. En una línea similar, resulta ilustrativo el siguiente diálogo:

PM: Lo que veo es que llegan tarde a la anticoncepción, se cuidan después de haber tenido algún problema, después de haber quedado embarazadas sin querer quedar, o, siempre se cuidan después de un problema, por lo general.

PM: Por lo menos preguntan, alguna puede llegar a preguntar después que algún suceso, alguna patología la afectó. Otras veces, por más que tienen información, puede llegar a decir acá está este servicio, no importa, o sea, no le importa. Yo estuve en otro centro de provincia y he visto, después de cumplidos los diez meses, nuevamente en la sala de partos a la misma mujer. Entonces pareciera que estar embarazada es un método de anticoncepción a veces, no sé.

PV: Es un problema sociocultural, de la gente, pero no corresponde sólo a la mujer.

PM: (asiente).

PV: Porque a la mayoría de las mujeres, acá, le decís usá profiláctico y te dicen no, mi marido no quiere. Y le das de tomar y no, no puedo comprar, problema ya que es parte de una política de salud que no hay. ¿En qué lugar de Buenos Aires está planificación familiar? En ningún lado, la planificación familiar es para los que tienen plata y que pueden acceder a un consultorio, los que no tienen dinero son los que se llenan de hijos. También está el tema de las enfermedades de transmisión sexual, que por ahí uno le recomienda pastillas y se cree que está salvado, la pastilla tiene que ir acompañada del profiláctico.

Parece oportuno destacar que de hecho los médicos/as disponen de información que podría alertarlos acerca de las dificultades que las mujeres enfrentan en sus relaciones de pareja para poder cumplir con las prescripciones anticonceptivas. El ejemplo que se describe a continuación resulta más que elocuente:

PM: Pero ahí también surge lo que decías del hombre y el profiláctico, o sea la mujer puede volver, pero no puede decir que él no quiere.

PV: O por ejemplo, se le pone un DIU y se le dice que no tenga relaciones por una semana, y te dicen “por favor, escribámelo para que mi marido sepa que no le estoy mintiendo”. Si vos le decís que no puede tener, supuestamente, bueno, es parte de la educación, un problema cultural de base, esto va más allá de una política.

Sin embargo, este argumento no suele ser incorporado como un factor explicativo. Más aún, el pedido de una indicación por escrito de la abstinencia sexual o las reiteradas menciones a la falta de aceptación de los varones para usar preservativo no son significadas por la mayoría de los médicos/as en clave de desequilibrio de poder entre los sexos/géneros respecto de las decisiones sexuales y reproductivas sino básicamente como un problema de *falta de educación*. No se trata de una mera distinción semántica. Los/as profesionales de la salud que están sensibilizados respecto de la condición de subordinación de las mujeres, y en particular de las mujeres pobres, pueden tener una actitud menos culpabilizadora y/o paternalista.

Finalmente, una dificultad adicional que se vislumbra en relación con la asistencia anticonceptiva a mujeres pobres son las posibles complicaciones legales que podrían derivarse de su no asistencia a los controles o su falta de comprensión de los resultados de los estudios que se les realizan.

MÉTODOS, TIPOS DE PACIENTES Y DECISIONES ANTICONCEPTIVAS

Como se indicó en la sección dedicada a la descripción del contexto argentino en materia político-normativa y sobre el comportamiento anticonceptivo de la población, la iniquidad social en el acceso a los métodos anticonceptivos, especialmente para las mujeres pobres y las adolescentes, y los riesgos asociados con su incorrecta utilización son los nudos críticos de la problemática anticonceptiva en nuestro país (Ramos *et al.*, 1998).

A partir de ese diagnóstico, parecía útil recoger las opiniones de los médicos/as sobre las responsabilidades en la toma de decisiones reproductivas, sobre la asistencia anticonceptiva en los/as adolescentes y, finalmente, con respecto a los métodos, los criterios prescriptivos que guían su práctica asistencial y sus consideraciones acerca de “métodos excepcionales”, como la anticoncepción de emergencia y la ligadura tubaria.

LAS DECISIONES ANTICONCEPTIVAS

En la encuesta se indagaron las opiniones de los médicos/as acerca de las responsabilidades en la toma de decisiones anticonceptivas, acerca de quién o quiénes deben tomar esas decisiones y, también, acerca de quién o quiénes deben elegir el tipo de método a ser utilizado.

La información recogida –sin que se registren diferencias significativas según sexo, edad y ubicación geográfica del hospital– permite dibujar el siguiente panorama. En primer lugar, casi la totalidad de la muestra (96%) considera que el hombre y la mujer conjuntamente son los responsables de decidir cuántos hijos/as tener y cuándo. En segundo lugar, el 90% opina, también, que el hombre y la mujer deben decidir en forma conjunta el uso de anticonceptivos. Sólo el 8,4% opina que esa decisión debe ser tomada exclusivamente por la mujer.

Respecto de las decisiones sobre el tipo de método anticonceptivo, sólo el 1,7% de los encuestados/as considera que quien debe tomar la decisión es exclusivamente la mujer. Una gran mayoría –siete de cada diez encuestados/as– opina que debe ser tomada conjuntamente por “el médico/a y la pareja”, postura enfatizada entre las médicas mujeres (73,7%). Resulta alentador que una proporción considerable de la muestra responda en esos términos acerca del deber ser de la decisión anticonceptiva ya que, habitualmente, las consultas sobre tipos de

métodos –tanto en los sectores medios como en los sectores de menores recursos, si bien especialmente en estos últimos– son realizadas exclusivamente por mujeres. Por otro lado, dos de cada diez profesionales considera que la decisión sobre el tipo de método debe ser tomada sólo por la pareja, postura que aumenta significativamente entre los médicos varones (30,2%). No se registran diferencias estadísticamente significativas según la edad de los médicos/as y la ubicación geográfica del hospital con respecto al tipo de método.

LOS/AS ADOLESCENTES Y LA ANTICONCEPCIÓN

Dados los antecedentes en el debate público suscitado en la Argentina con relación a las diversas leyes y programas de salud reproductiva diseñados e implementados en los últimos años, y que la inclusión de los/as adolescentes como población-objetivo de esos programas ha sido –y continúa siendo– un tema controvertido, explorar las opiniones de los médicos/as con respecto a la prescripción anticonceptiva en esta población parecía cobrar particular relevancia. Valga aclarar en este punto que aun frente a los avances legales y programáticos que tuvieron lugar en la Argentina en los últimos años, la inclusión de la población adolescente en estas iniciativas ha suscitado fuertes controversias alrededor de la necesidad de solicitar la autorización de los padres para informar y prescribir anticonceptivos.

Como puede observarse en el cuadro 4, el 75,5% de los/as profesionales considera que el hospital público debería informar y prescribir anticonceptivos a solicitud del/la adolescente, postura que crece significativamente entre las médicas mujeres (78,4%). Es absolutamente minoritaria la postura (3,7%) que considera que sólo se debe informar a los/as adolescentes sin prescribir ni proveerles métodos anticonceptivos. Sólo dos de cada diez opinan que el/la adolescente debe contar con la autorización de los padres para recibir información y provisión de métodos anticonceptivos. No se registran diferencias significativas según la edad de los médicos/as y la ubicación geográfica del hospital.

Esta postura decididamente a favor de encarar la anticoncepción adolescente desde el hospital público por parte de los/as profesionales encuestados se encuentra en sintonía con los resultados obtenidos en otra pregunta de la encuesta: el 97,6% de los médicos/as acuerda

que la educación sexual contribuye para que los/as jóvenes tengan una vida sexual más responsable y segura.

CUADRO 4

OPINIÓN ACERCA DE LA POSTURA DEL HOSPITAL PÚBLICO CON RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LOS/AS ADOLESCENTES

	%
No hacer nada	–
Sólo informar	3,7
Informar y prescribir sólo con autorización de los padres	19,6
Informar y prescribir a solicitud del/la adolescente	75,5
No sabe	1,2
Total	100,0
Base	(467)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: INFORMACIÓN, PROVISIÓN Y PRESCRIPCIÓN

La encuesta incluyó dos preguntas acerca de la postura que, de acuerdo con los/as informantes, debería adoptar el hospital público frente a cada método anticonceptivo. Por un lado, se buscó conocer cuál era la opinión acerca de la información y por el otro, con respecto a la provisión de contraceptivos, gratuita o a bajo costo. Además, la encuesta exploró las opiniones de los tocoginecólogos/as sobre un conjunto de argumentos que han sido habitualmente planteados en el debate público y/o argumentos que forman parte del sentido común que circula en nuestra sociedad acerca de ciertos métodos anticonceptivos.

En primer lugar, la asociación es estadísticamente significativa al cruzar información y provisión para cada método. Esto es, la mayoría que considera que un método debe ser informado también considera que debe ser provisto.

Con el objetivo de hacer una presentación integral de esos indicadores tomados conjuntamente, hemos elaborado una tipología de las opiniones de los profesionales para cada método anticonceptivo que distribuye la muestra como se observa en el cuadro 5.

CUADRO 5
INFORMACIÓN Y PROVISIÓN GRATUITA O A BAJO COSTO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DEL HOSPITAL PÚBLICO

Porcentaje de profesionales que consideran que el hospital público debería...					Bases
	Informar y proveer	Informar pero no proveer	No informar pero sí proveer	Ni informar ni proveer	
	%	%	%	%	
Hormonales orales	94,4	4,8	0,7	0,2	461
DIU	91,4	8,8	0,4	0,2	455
Preservativo masculino	88,4	11,4	0,2	—	456
Óvulos espermicidas	74,8	19,5	—	5,7	436
Diafragma	73,9	23,7	0,2	2,1	430
Gel y crema espermicida	70,2	24,4	—	5,4	426
Preservativo femenino	68,7	22,4	0,7	8,1	419
Hormonales inyectables	62,0	25,4	0,9	11,7	429
Esponja con espermicida	60,9	31,5	0,2	7,3	409
Ligadura de trompas	49,2	33,5	0,5	16,8	388
Vasectomía	49,0	33,2	0,5	17,2	367

Nota: los datos han sido ordenados de acuerdo con la primera columna. La diferencia en las bases corresponde a los casos ubicados en la categoría No sabe/no contesta.

Los métodos anticonceptivos que gozan de una mayor aceptación por parte de los/as profesionales encuestados son tres. El orden de importancia, como se desprende del cuadro 5, es el siguiente: los hormonales orales, el dispositivo intrauterino y el preservativo masculino. No obstante el lugar preponderante de estos tres métodos, existen diferencias entre ellos con respecto a la información y la provisión. El mayor consenso corresponde a los hormonales orales. En el caso de los otros dos métodos planteados, si bien las proporciones son bajas, crecen los casos a favor de que sean informados sin ser entregados a las pacientes.

Con relación al DIU, se buscó recuperar las opiniones alrededor del carácter abortivo de este método, habida cuenta de que en los debates públicos sobre las leyes de salud reproductiva suscitados en los últimos años, este argumento apareció recurrentemente, muchas

veces presentado por integrantes de esta comunidad profesional. De acuerdo con los datos recogidos en este estudio, esa postura es sostenida por una minoría (22,8%) de encuestados/as. Como contrapartida, el 69,2% –sin que se registren diferencias significativas según las variables de cruce consideradas– está en desacuerdo con el argumento acerca de que el DIU es un método abortivo.⁹

Con respecto al preservativo masculino, consideramos importante recuperar las opiniones de la comunidad médica alrededor de la noción de sentido común que transmite la idea de que el preservativo disminuye el placer masculino. En este punto, poco más de las dos terceras partes de los encuestados/as (68,7%) expresaron su desacuerdo con esta idea. Ese porcentaje se enfatiza entre las mujeres (83,7%).

A los tres métodos básicos mencionados precedentemente, siguen en orden de importancia: óvulos espermicidas, diafragma, gel y crema espermicida, preservativo femenino, hormonales inyectables y esponja con espermicida. Si bien es cierto que una amplia mayoría –especialmente las médicas mujeres– opina que esos métodos deben ser informados y prescritos por el hospital público, cabe resaltar que la información tiene una mayor aceptación que su provisión.

De ese conjunto de contraceptivos, se buscó conocer la opinión acerca de la relación en el uso del diafragma y el nivel educativo. El 70,4%¹⁰ de los encuestados/as –sin que se registren diferencias significativas según sexo, edad y ubicación geográfica del hospital– considera que el diafragma es un método apropiado sólo para las mujeres con alto nivel educativo.

Los métodos que ocupan el último lugar en cuanto a la información y provisión son la ligadura de trompas –tema que será retomado en el apartado siguiente sobre métodos excepcionales– y la vasectomía. Al interrogar a los/as profesionales acerca de la frase: “La ligadura de trompas debería ser accesible a toda mujer apropiadamente informada y que no presente riesgo quirúrgico aumentado”, los/as respondientes a la encuesta se dividieron en dos subgrupos: el 45,6% estuvo de acuerdo y el 47,5% en desacuerdo. Quienes están de acuerdo con esta postura son, fundamentalmente, los médicos/as del Gran

9. El DIU es abortivo: acuerdo: 22,8%; desacuerdo: 69,2%; no sabe/no contesta: 8%.

10. El diafragma es un método adecuado sólo para las mujeres con alto nivel educativo: acuerdo: 70,4%; desacuerdo: 25,9%; no sabe/no contesta: 3,7%.

Buenos Aires (59,4%) y los de edades más jóvenes, especialmente el grupo de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años (veinticinco-treinta y cuatro: 52,4%; treinta y cinco-cuarenta y cuatro: 56,6%) mientras que el desacuerdo, como contrapartida, crece significativamente en la ciudad de Buenos Aires (56,2%) y en el grupo de mayor edad de la muestra (cuarenta y cinco y más: 67,3%).

Con relación a los métodos rítmicos y/o Billings –sólo incluidos en la pregunta sobre información–, el 86,1% está a favor de su información, porcentaje que se incrementa a medida que aumenta la edad de los médicos/as encuestados (veinticinco-treinta y cuatro: 83,6%; treinta y cinco-cuarenta y cuatro: 90,6%; cuarenta y cinco y más: 93,1%).

LOS CRITERIOS PRESCRIPTIVOS

Los criterios de prescripción fueron consultados a través de una pregunta abierta en la cual se solicitaba a los/as profesionales indicar el método considerado más adecuado para mujeres de perfiles diferentes desde el punto de vista de su historia reproductiva: adolescente (menor de diecinueve años); adulta nuligesta; múltipara (entre dos y seis gestas) y gran múltipara (siete y más gestas).

El cuadro 6 muestra las diferencias para cada tipo de los métodos mencionados espontáneamente en primer lugar.

CUADRO 6
MÉTODOS MENCIONADOS EN PRIMER LUGAR PARA CADA PERFIL

	Nuligesta adolescente (menor de 19 años)	Nuligesta adulta	Múltipara (entre 2 y 6 gestas)	Gran múltipara (7 y más gestas)
	%	%	%	%
Hormonales orales	40,9	57,6	15,8	11,1
Preservativo masculino	36,8	21,4	4,7	3,2
DIU	0,4	4,7	73,0	71,3
Otros métodos	19,5	14,2	3,5	11,0
No contesta	2,4	2,1	3,0	3,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Base	(467)	(467)	(467)	(467)

Como se desprende de la información presentada en el cuadro anterior, los métodos con una mayor mención espontánea por parte de los médicos/as encuestados coinciden con los tres métodos básicos que la mayoría de esos/as profesionales consideran, que deben ser informados y prescriptos gratuitamente o a bajo costo por el hospital público. Ellos son: el preservativo masculino, el dispositivo intrauterino y los hormonales orales.

La indagación según el perfil de la historia reproductiva muestra diferentes criterios para cada tipo de paciente. Para la nuligesta adolescente, los métodos considerados más adecuados son los hormonales orales y el preservativo, con una incidencia ligeramente superior del primer método con relación al segundo. Para la nuligesta adulta, la mitad de los médicos/as encuestados considera que los anticonceptivos más adecuados son los hormonales orales seguidos del preservativo. En cambio para las multíparas y gran multíparas, el dispositivo intrauterino ocupa un lugar central en la decisión prescriptiva para la gran mayoría de los médicos/as encuestados.

LOS MÉTODOS “EXCEPCIONALES”: ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y LIGADURA TUBARIA

Las opiniones sobre algunos de los métodos anticonceptivos listados en la encuesta fueron exploradas con mayor detalle en las entrevistas a los jefes/as de servicio. La intención fue recuperar sus puntos de vista alrededor de algunos de los métodos que han presentado mayores controversias en el debate público en la Argentina en los últimos años. Así se decidió indagar, en particular, acerca de la anticoncepción de emergencia y la ligadura tubaria.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta, el 85,7% de los médicos/as que se desempeñan en los servicios opina que el hospital público debería informar sobre anticoncepción de emergencia. En lo que respecta a la provisión –tema indagado entre los jefes/as dada su condición de decisores de los servicios que dirigen– se la considera una acción extraordinaria y diferente del resto de los métodos, a administrar exclusivamente como un método que resuelve la falla de otro método.

La temática de la provisión de la anticoncepción de emergencia genera diferentes respuestas. Por un lado, se la considera una práctica de larga data, como se señala en el párrafo siguiente:

La anticoncepción de emergencia yo la hago hace veinte años, a través de una enseñanza que me dejó el doctor XX. Era una pregunta de examen, que no te la voy a decir porque no viene al caso, pero era lo mismo que ahora está la pastillita, yo ya la hacía. Vos le hacías una dosis de estrógeno progesterona inmediatamente antes de las 48 horas de la relación sexual, descamaba el endometrio y no se implantaba el huevo, es decir que ese método antes de que salieran las pastillitas lo hacíamos nosotros. No es invento mío (jefa, ginecóloga).

Por otro lado, la mayoría afirma no tener experiencia hospitalaria al respecto. Esta postura considera la anticoncepción de emergencia como un método abortivo porque se aplica cuando ya se ha producido la fecundación.¹¹

La anticoncepción de emergencia requiere algo fundamental que es un fluido contacto práctico, telefónico, personal, con el médico para el paciente. La *morning pill*, la píldora de la mañana siguiente, es la verdadera anticoncepción de emergencia, porque colocar un DIU después de un coito fecundante es la realización de un aborto, de modo que vamos a aclarar los términos. La *morning pill*, que es la píldora de la mañana siguiente, nosotros la usamos desde que están los anticonceptivos, desde 1960 y pico, ahora se acaba de comercializar en la Argentina, hace pocos meses, tiene un nombre comercial que no sé cómo se llama y realmente tiene una alta eficiencia... alta... mucho menos que el anticonceptivo común, pero diríamos en las publicaciones generales sale un 80% de éxito, pero requiere fundamentalmente que haya un contacto muy fluido para que la paciente a la mañana siguiente, por eso se llama *morning pill*, pueda acudir al médico, y esto en la población del Gran Buenos Aires y en nuestra situación hospitalaria, es muy poco probable (jefe, ginecólogo).

¡Ah! Pero eso es de antigua data y nosotros no utilizamos métodos abortivos. Está indicada después que se haya producido la fecundación. ¡Eso ni se pregunta! (jefe, ginecólogo).

La anticoncepción de emergencia para mí es un abortismo, así que ni hablo de eso. Porque ahora [...] si va a hablar de aborto, le voy a decir cuál es mi concepto. Para mí es un abortismo, por lo tanto no se debe utilizar, ni la voy a indicar ni la voy a dejar indicar acá (jefe, obstetra).

11. Un estudio realizado entre 579 gineco-obstetras brasileños mostró que el 30% creía que la anticoncepción de emergencia funciona como un abortivo (Galvão et al., 2000).

Poscoito, de urgencia [...] Bueno, hay que tener buen estómago para tomarlo, porque trae bastantes dificultades, hay inyectable también. Es abortivo porque modifica el endometrio e impide la implantación si es que realmente se produjo el embarazo, uno nunca sabe. Impide la implantación del huevo. Incluso la colocación del DIU inmediatamente poscoito puede ser utilizado como anticonceptivo poscoito. Inmediatamente después del coito; modifica el medio uterino y no se implanta el huevo, pero son métodos abortivos, esos ya son condenables [...] porque el huevito viene avanzando y cae en un endometrio inadecuado y no se implanta [...] (jefe, tocoginecólogo).

Con relación a la ligadura tubaria, las dos posturas evidenciadas en la encuesta no aparecieron en las entrevistas a los jefes/as, quienes se mostraron contrarios a la utilización de este procedimiento. Los que aprobaron su utilización como medio para proteger la vida materna, enfatizaron también su carácter extremo e irreversible. Veamos con un poco más de detalle las argumentaciones presentadas en las entrevistas.

En principio están aquellos/as que reconocen su utilidad frente a determinadas situaciones caracterizadas por riesgos serios para la salud física de la mujer.

La ligadura de trompas estaba prohibida por la irreversibilidad del procedimiento. Pero hoy la microcirugía reproductiva permite recuperar el 70% o 60% de las trompas que habían sido ligadas. Pero en este momento, el médico tiene que decidir eso por una causa médica exclusivamente, porque teóricamente está protegido por la ley, pero el paciente tiene derecho, después, a demandar al médico que le hizo la operación que ella firmó ante el juez o ante el escribano (jefe, tocoginecólogo).

Por otra parte, la mayoría se manifiesta a favor de una legislación que los proteja ante eventuales juicios de mala praxis o ante reclamos por parte de las mujeres y/o sus parejas por haber cercenado su capacidad reproductiva.

La totalidad de los entrevistados/as considera que la ligadura de trompas representa una "lesión gravísima", tal como establece la ley de ejercicio profesional de la medicina en la Argentina, y la mayoría basa su juicio en el carácter irreversible del procedimiento:

Estoy en contra de la ligadura de trompas, primero, por la parte legal, porque es una lesión gravísima que está considerada en el Código Penal

y, segundo, por una cuestión moral también estoy en contra [...]. Ojo que estoy hablando de la ligadura de trompas que no tenga indicación médica, evidentemente. Eso es otra cosa. Si tiene una indicación médica es otra cosa, porque considero que no es un método anticonceptivo, sino que es un método de esterilización [...]. La ligadura de trompas es definitiva, es definitiva y estoy en contra de la ligadura de trompas siempre que no haya una indicación médica (jefe, obstetra).

El argumento más frecuente presentado por los jefes/as para fundamentar su oposición a la ligadura tubaria es la imposibilidad futura de las mujeres de continuar teniendo hijos en otras etapas de sus vidas. Así, aparecieron referidas experiencias propias o ajenas frustrantes desde el punto de vista profesional: mujeres que se sometieron a la ligadura de trompas en un momento determinado de sus vidas, reiniciaron su vida matrimonial y desearon tener nuevos hijos/as o situaciones límite como la pérdida por muerte natural o accidente de los hijos/as y el deseo consiguiente de volver a tenerlos. En todos estos relatos, los entrevistados/as asumen la responsabilidad de negar una ligadura porque *después puede haber arrepentimiento*, restando así responsabilidad a la decisión tomada por las mujeres y eventualmente por ellas y sus parejas.

La ligadura de trompas tiene que quedar reservada exclusivamente para casos excepcionales, porque lo que he visto es que vienen mujeres luego de diez años a que les arreglen las cosas porque se casaron con otro [...] yo le digo a la mujer usted no está exenta de que su marido la deje [...] no está exenta de que le pase cualquier otra cosa [...] no está exenta de cualquier cosa de la vida y va a querer tener otro hijo y no lo va a poder tener. Tiene que quedar para algo muy especial. Además en la Argentina es un delito porque es una lesión gravísima y al médico que lo hace lo pueden meter preso. Y una condena muy grande (jefe, obstetra).

Detrás de la negación a tomar decisiones médicas que involucren la capacidad reproductora de las mujeres, la mayor parte de los entrevistados/as argumentaron su temor a posibles juicios de mala praxis por la realización de ligaduras tubarias:

La ligadura de trompas estaba prohibida por la irreversibilidad del procedimiento. Pero hoy la microcirugía reproductiva permite recuperar el 70% o el 60% de las trompas que habían sido ligadas. Pero en este momento, el médico tiene que decidir eso por una causa médica que teóricamente está protegido por la ley, pero el paciente tiene derecho, después, a

demandar al médico que le hizo la operación que ella firmó ante el juez o ante el escribano [...] Es un derecho natural, donde la pérdida de la capacidad reproductiva exige resarcimiento económico. Entonces, tiene que haber una ley que lo regule [...] (jefe, tocoGINECÓLOGO).

Teóricamente, yo sé que colegas pidieron permisos en algunos casos así muy especiales que algún juez les dio. Nosotros siempre que pedimos permiso, aun en casos gravísimos nos lo negaron. Un caso de una señora diabética que estaba en tratamiento, una histerectomía, había perdido el riñón, la cuarta cesárea [...] ¡Un solo riñón, diabética! ¡Cuatro cesáreas! ¡No le faltaba nada! [...] y el juez nos negó el permiso. Creo que también depende del juez que te toque [...] Conozco que hay jueces que han dado permiso. Pero a veces se llega a otra ridiculez. Que el médico le liga las trompas en un caso así y no le dice a la paciente por miedo de juicio. Ojo que pasa, ¿eh? esto que cuento es [...] (jefe, obstetra).

Los primeros tiempos que yo estaba en este hospital se hacía, se hacía como una cosa normal, por supuesto justificada cuando considerábamos que tenía que hacerlo, no era por voluntad de la paciente [...] Nosotros en aquella época decíamos con cuatro cesáreas, por ejemplo, hacíamos una ligadura [...] ahora ya no [...] no ligamos nunca [...] Y en este momento con el temor al juicio, nadie quiere tocar nada. Nosotros lo hemos puesto en las normas [...] No sé, eso es un punto muy delicado, las pacientes lo piden, las pacientes lo piden [...] Por la situación económica, son pacientes que son desocupados, son gente que viven en malas condiciones económicas y los hijos hay que cuidarlos, hay que educarlos, la gente pide [...] (jefa, obstetra).

Diversos testimonios indican que la resolución judicial demora tanto tiempo que finalmente llega el momento de la cesárea sin que los médicos/as tengan a su disposición la notificación judicial. No obstante, en los últimos tiempos algunos jueces han aprobado las solicitudes de ligaduras tubarias debidamente fundamentadas por los médicos/as.

La demanda sobre el tema de ligadura de trompas es en general en mujeres grandes con varios chicos o con varias cesáreas, que bueno [...] usted sabe que uno les explica que no es una intervención aceptada, que está prohibida por el código, todo lo que nosotros ya sabemos y algunas inician algún trámite en el juzgado [...] Un solo trámite prosperó en este hospital, uno solo, que fue una jueza que atendió el pedido [...]. Me acuerdo que me asombró la forma en que lo analizó y cómo llegó a la conclusión de que finalmente ella se hacía cargo de tomar la decisión, cosa que no es muy común porque generalmente los jueces, cuando pasan estas cosas y se tramita este tema de la ligadura de trompas lo que hacen es repe-

tir lo que dice el código, si está en riesgo la vida de la madre, cosa que no necesitamos [...] porque ya lo sabemos. Esto es llamativo [...] Uno ve que ha tomado en cuenta además consideraciones globales. La mujer tenía ocho chicos, una situación complicada desde el punto de vista socioeconómico, en fin, es como para leerlo, es muy interesante (jefa, obstetra).

EL ABORTO ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

A la relevancia adjudicada al aborto por parte de los/as profesionales de planta encuestados –tal como se señaló en la primera sección de este capítulo– se añaden las reflexiones de los jefes/as de servicio en ese sentido. Los comentarios se refieren tanto a los problemas de salud (infecciones, infertilidad, etc.) y a la muerte de mujeres ocasionadas por el aborto provocado como a la ausencia de políticas y programas que permitan una adecuada información que, a entender de los jefes/as, redundaría en una disminución de los embarazos no deseados y, por ende, del aborto. Los siguientes son algunos testimonios al respecto:

Tengo esta cuenta: un aborto cada cinco partos (jefe obstetra).

En general las pacientes con abortos incompletos ocupan un 75% de las camas del servicio de ginecología (jefe, ginecólogo).

El aborto es la causa de muerte materna número uno [...] nosotros tenemos un gran porcentaje de partos hospitalarios y muchos recursos en salud y no hemos podido bajar la cifra de mortalidad materna, que es por aborto [...]. Pero el dinero que se gasta en la Argentina por atender abortos provocados es más o menos 50.000 millones [sic] de dólares por año [...]. Tuvimos infecciones muy severas por aborto, que requerían microcirugía y/o terapia intensiva [...] y dejemos de lado las que van a diálisis o las que quedan con secuelas y que necesitan un trasplante renal, ese dinero bien encauzado hacia programas de educación, procreación, todo eso, daría sus frutos rápidamente, lo que pasa es que hay que tomar la decisión de hacerlo (jefe, ginecólogo).

A nosotros nos preocupa enormemente la gran cantidad de complicaciones que vemos ocasionadas por el aborto provocado y esto está en directa relación con el nivel de población que tenemos. Hay un alto índice de gente carenciada, y generalmente la gente carenciada paga las consecuencias de la falta de acceso a la información [...]. Educar es una de las premisas básicas y en eso el esfuerzo que puede hacer el hospital es mínimo. Se necesita del apoyo de los políticos para que decidan políticas de

educación sanitaria, de educación sexual, de asesoramiento a la gente para que decidan cuántos chicos pueden tener y qué hacer para evitar los nacimientos o los embarazos no deseados [...]. Es hipócrita el sistema diciendo que en este país no hay abortos provocados, porque existe una ley que los prohíbe, y nosotros todos los meses tenemos cuarenta pacientes que las tratamos por abortos provocados [...] (jefa obstetricia).

PERSPECTIVAS ACERCA DE LA PRÁCTICA Y LA LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO

Con la intención de contextualizar la perspectiva de la población estudiada respecto de la problemática del aborto, la encuesta indagó la opinión de los médicos/as sobre dos cuestiones –la interrupción voluntaria de la gestación y la no penalización del aborto– a través del planteo de diferentes situaciones hipotéticas. Esta estrategia obedeció a dos razones. Por una parte, dada la ausencia de estudios previos en nuestro medio sobre la ideología de esta comunidad profesional pareció oportuno aproximarse al objeto de estudio, un tema altamente sensitivo, desde diversos ángulos. Por otra, partimos del supuesto de que las discrepancias en las opiniones respecto de la práctica en sí y de la normativa legal halladas en la población general también podrían ser verificadas entre los/as profesionales de la salud. Así por ejemplo, en una investigación basada en una encuesta poblacional realizada en Córdoba se señala que: “Si bien la mayoría de los individuos tiende a concebir la legislación en función de sus valores morales, no siempre es así para todas las personas. Un sector numéricamente significativo de la población adopta la posición aparentemente contradictoria de rechazar el aborto moralmente y aceptar una despenalización amplia de esta práctica por motivos –inferimos– diversos a la moralidad/inmoralidad del acto” (Lista, 1996, pág. 235).

Para indagar la opinión de los/as profesionales se recurrió a un listado de situaciones –con mayor desagregación en el caso de las opiniones acerca de la práctica que en el de las opiniones acerca de la ley– ante las cuales se solicitó el nivel del acuerdo. La comparación entre las respuestas a ambas preguntas permite comprender sus perspectivas sobre el aborto y sugiere algunos interrogantes de interés para futuros trabajos.

Seguidamente se presentan las distribuciones de frecuencias resultantes de la aplicación de cada una de las preguntas.

PERSPECTIVAS SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN

Al solicitar el acuerdo o desacuerdo con la interrupción voluntaria de la gestación en situaciones específicas, la distribución obtenida –ordenada a partir de la situación en la que una mayor proporción de los encuestados/as manifestó estar de acuerdo– es la que muestra el cuadro 7.

CUADRO 7
ACUERDO/DESACUERDO CON LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE
LA GESTACIÓN EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe/ No contesta
	%	%	%
Si una mujer idiota o demente quedó embarazada debido a una violación	82,0	11,8	6,2
Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina	81,1	14,4	4,5
Si la vida de una mujer corre peligro debido al embarazo o el parto	80,0	11,9	8,2
Si una niña menor de quince años quedó embarazada debido a una violación	77,9	13,3	8,8
Si una mujer quedó embarazada debido a una violación	75,4	16,5	8,2
Si la salud mental de una mujer se ve afectada por el parto y/o la crianza del niño/a	28,0	58,1	14,0
Si una mujer no desea ese hijo/a	24,9	65,9	9,3
Si una mujer carece de recursos económicos	13,9	77,7	8,4
Si una mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo	13,7	77,3	9,0
Si una mujer ha sido abandonada por su pareja	11,1	79,2	9,6
Si una mujer piensa que un hijo/a le ocasionará inconvenientes para el desarrollo de su vida laboral/profesional	9,9	83,9	6,2

Nota: total de encuestados/as en cada fila.

En líneas generales, las situaciones con las que acuerda la mayor proporción de médicos/as coinciden con las excepciones vigentes en el Código Penal. En primer lugar, el caso de violación de una mujer idiota o demente (82,0%), especialmente entre los/as profesionales que se desempeñan en el Gran Buenos Aires (84,4%). En segundo lugar, el riesgo de vida de la mujer (80,0%). A estos casos se agregan dos situaciones que suscitaron un elevado consenso: aproximadamente ocho de cada diez encuestados/as manifestaron estar de acuerdo con la interrupción voluntaria de la gestación en caso de que: a) el feto tuviera una malformación incompatible con la vida extrauterina (81,1%), especialmente el grupo de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años (88,2%) y b) el embarazo fuera producto de la violación de una menor de quince años (77,9%) o de una mujer adulta (75,4%).

Aun cuando el resto de las situaciones son de naturaleza muy diversa, ellas han merecido un juicio similar: entre seis y ocho de cada diez encuestados/as manifiestan su desacuerdo con la interrupción de la gestación en estos casos.

El mayor desacuerdo corresponde a la realización de un aborto en el caso de que la mujer considere que el embarazo le ocasionará inconvenientes para el desarrollo de su vida laboral/profesional (83,9%), posición más fuertemente destacada por los médicos/as de veinticinco a treinta y cuatro años (88,5%). Asimismo, ocho de cada diez desacuerda con el aborto en el caso de que la mujer haya sido abandonada por su pareja (79,2%), postura que –a semejanza del caso anterior– crece significativamente en el grupo de menor edad de la muestra (86,3%).

La interrupción de la gestación por falla del método anticonceptivo o por carencia de recursos económicos muestran un importante desacuerdo para una gran mayoría (77,3% y 77,0%, respectivamente). No se registran diferencias significativas según sexo, edad y ubicación geográfica del hospital. El 65,9% no está de acuerdo con la realización de un aborto en el caso de que la mujer no desee a ese hijo/a, especialmente los profesionales de veinticinco a treinta y cuatro años (73,1%). Algo más de la mitad de la muestra (58,1%) no está de acuerdo con la interrupción voluntaria de la gestación en el caso de que el parto o la crianza del hijo/a afecte la salud mental de la madre.

De acuerdo con la opinión recogida en los grupos focales, los mé-

dicos/as más jóvenes condenarían el aborto en mayor proporción que los de edad intermedia debido a un conjunto de razones entre las que se cuentan tanto aspectos ligados al propio ciclo de vida (es decir, los jóvenes son “más idealistas”, los jóvenes son más radicales en sus decisiones, “es blanco o negro”, etc.) como por encontrarse en el inicio de la carrera profesional, han tenido menos oportunidades de contacto con mujeres que hayan recurrido a esa práctica y, por ende, de enfrentar situaciones que pueden derivar en cuestionamientos tanto a nivel de la opinión personal como del ejercicio profesional:

PV: Cuando se muere una, cuando se mueren dos, se mueren diez, cuando se mueren veinte, uno ya se empieza a preocupar.

PV: A uno a lo largo de la carrera le pasan cosas [...], uno va perdiendo la autosuficiencia de juzgar que su punto de vista es el correcto y empieza a respetar más el de los demás.

PM: Es distinto lo que a mí me pasaba antes. Creo que ahora las puedo comprender más [...] Antes era más el interés científico, tenía una avidez por aprender muy grande. Quería aprender, aprender, y a lo mejor no veía tanto al ser humano. Le veía la vulva, le veía el útero y no trataba de... no sé...

PERSPECTIVAS SOBRE LA LEGISLACIÓN ACERCA DEL ABORTO

Complementariamente, la encuesta planteó seis situaciones a los médicos/as a los efectos de que ellos/as indicaran si la ley debería o no penalizar la interrupción voluntaria de la gestación en esos casos.

En primer lugar, cabe destacar que aun cuando la gran mayoría (84,8%) está en desacuerdo con que el aborto esté penalizado en todos los casos, existe un porcentaje minoritario de profesionales (8,8%) que acuerda con dicha frase, lo que lleva a pensar que no admite siquiera las excepciones contempladas en la legislación vigente. A su vez, un pequeño número evita manifestarse al respecto (6,5%).

Como se desprende de la lectura del cuadro previo, existe un amplio acuerdo (superior al 80%), en que la ley no debería penalizar la interrupción de la gestación en caso de riesgo de vida o de salud de la mujer, en caso de violación o incesto y en caso de malformación incompatible con la vida extrauterina. Cabe destacar que sólo la primera de estas situaciones está contemplada como excepción en el Código Penal.

También entre los/as jefes de servicio entrevistados se encontraron

CUADRO 8
POSTURAS FRENTE A LA INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN

	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe/ no contesta
	%	%	%
La ley debería penalizar la interrupción de la gestación en todos los casos	8,8	84,8	6,5
La ley no debería penalizar la interrupción de la gestación en caso de...			
Riesgo de vida o de salud de la mujer	86,7	8,1	5,2
Violación o incesto	83,3	10,9	5,8
Malformación incompatible con la vida extrauterina	82,2	12,6	5,2
Decisión autónoma de la mujer	38,5	51,6	9,9
Condición social y económica adversa	32,3	57,0	10,7

Nota: total de encuestados/as en cada fila.

opiniones favorables a la no penalización del aborto en caso de malformación o de embarazo producto de una violación.

Nosotros tenemos previsto para el año próximo una posición institucional con respecto a dos cosas, una que es la anencefalia: porque usted sabe que el aborto en el caso de los anencéfalos tampoco está autorizado y me pregunto: ¿está considerando los derechos de la mujer a tener durante nueve meses un embarazo de algo que no tiene ninguna posibilidad? En fin, son todas cosas que yo creo que requieren posiciones institucionales y posiciones claras desde las sociedades científicas también, y es la única manera de llegar a los poderes legislativos y a los bloques como para poder decir esto es una posición [...] (jefa, obstetra).

Yo justificaría el aborto en dos casos. Para salvar la vida de la madre, que ese no me cabe ninguna duda, y cuando el feto tiene malformaciones incompatibles para la vida (jefe, obstetra).

En el caso concreto de la mujer que ya esté embarazada y no desee tener el chico, yo podría llegar a justificar en ciertos casos [...] creo que la violación es uno de ellos (jefe, ginecólogo).

Asimismo fue posible identificar voces que acordaban de manera general con la ampliación de las excepciones vigentes.

No me gusta cómo es la situación legal [del aborto], me parece que no cubre la realidad de los sentimientos, la conciencia, la situación de la gente [...]. Está lleno de leyes que no me gustan y tengo que respetarlas, pero creo que poca o mucha, alguna modificación debería tener (jefe, ginecólogo).

Otros jefes/as, manifestaron su acuerdo con la no penalización en casos tales como ausencia de recursos económicos o falla del método.

La legislación sobre aborto está mal, está perimida, vieja, obsoleta. Deberían ampliarse, por ejemplo, el aborto unido con un problema congénito [...], cromosómico ni hablar..., eso tendría que estar contemplado y no está y no entiendo, no puedo entender por qué no está [...], y la gran multipara, la mujer sin recursos, la mujer que tiene cinco hijos y están todos en la calle y todo eso se podría ver, se podría evaluar (jefa, obstetra).

Si le falla el método anticonceptivo... No hay ningún método que sea 100% seguro. Y si le falla por x motivo, yo creo que también esa mujer tendría derecho a decidir si lo va a tener o no lo va a tener. Y que se atienda como la gente. Porque eso, los que tienen recursos económicos, no tienen ningún problema. Y el que no tiene recursos, cae en eso (jefe, tocoginecólogo).

El que la ilegalidad del aborto afecte a las mujeres de sectores populares pero no a aquellas que tienen los recursos necesarios para procurarse un aborto seguro fue un argumento utilizado por varios de los jefes/as que se pronunciaron a favor de la no penalización del aborto. El siguiente testimonio ejemplifica esta postura.

Las pacientes del nivel social de los que dictan leyes, de los parlamentarios, pueden acceder a cualquier cosa, incluso a hacerse un aborto provocado en el más lujoso sanatorio de la Capital Federal, así que eso es una hipocresía social (jefe, tocoginecólogo).

Volvamos ahora a los resultados de la encuesta. Si bien algo más de la mitad de la muestra está en desacuerdo con la no penalización en caso de decisión autónoma de la mujer (51,6%) o por causas económicas (57%), una amplia minoría coincide con lo expresado por algunos jefes/as de servicio. Tres de cada diez médicos/as estuvieron de

acuerdo con que la ley no penalice la interrupción de la gestación en caso de decisión autónoma de la mujer (38,5%) y en caso de condición social y económica adversa (32,3%).

El análisis de las respuestas muestra también una asociación entre la postura frente a la ley y frente a la religión.¹² Aquellos médicos/as cuya relación personal con la religión no influye en sus opiniones sobre los temas tratados en la encuesta (74,5%) expresan una postura más abierta frente al aborto. Esos/as profesionales acuerdan más que el promedio de los encuestados/as con la no penalización en los casos de riesgo de vida o salud de la mujer (92,5%), de embarazo como producto de violación o incesto (93,4%) y de malformación incompatible con la vida extrauterina (89,7%). Consistentemente, el desacuerdo con la penalización del aborto en todos los casos (84,8%) aumenta significativamente entre esos/as profesionales (90,8%).

La frase “la ley no debería penalizar el aborto en caso de decisión autónoma de la mujer” presenta diferencias significativas según sexo, edad y ubicación geográfica del hospital. Los médicos/as que más están en desacuerdo con esta frase son los/as más jóvenes (64,5%), los varones (64,9%) y los médicos/as que trabajan en hospitales del Gran Buenos Aires (65,0%). El mayor desacuerdo con esta alternativa lo expresan aquellos/as que mantienen una relación personal con la religión, que influye en sus opiniones (77%). Algo similar ocurre con respecto al caso de la condición social y económica adversa: son los varones (71,2%) y los que manifiestan convicciones religiosas (77,3%) quienes están más en desacuerdo con esa frase. Cabe consignar que ambas situaciones presentan una marcada ausencia de opinión: 9,9% en el caso de la no penalización por condición social o económica adversa y 10,7% en el caso de la no penalización por decisión autónoma de la mujer se ubican en la categoría no sabe/no contesta.

Veamos ahora qué ocurre cuando cruzamos las respuestas “acerca de la práctica” con las respuestas “acerca de la ley”. En términos generales se observa una alta correspondencia entre ambas (véanse cuadros 7 y 8).

Así por ejemplo, el acuerdo con la no penalización en las situacio-

12. El texto de la pregunta fue el siguiente: *¿Considera que su relación personal con la religión influye en los temas tratados en esta encuesta? La distribución obtenida fue la siguiente: sí: 22,9%; no: 74,5%; no sabe/no contesta: 2,6%.*

nes que se detallan seguidamente crece entre aquellos/as profesionales que acordaron con la interrupción de la gestación en situaciones que podrían englobarse bajo la categoría “decisión autónoma”: si ha fallado el método (88,9%), si la mujer no desea ese hijo/a (88,4%), si ha sido abandonada por su pareja (93,9%) o considera que la maternidad afectará su vida laboral/profesional (91,3%). Consistentemente, el desacuerdo con la despenalización por causas “electivas” crece significativamente entre aquellos casos que se oponen a esta práctica en las mencionadas circunstancias.

No obstante esta tendencia general, el “cruce” de ambos tipos de opiniones revela un pequeño número de casos en que las opiniones en uno y otro plano son discordantes. Sólo el 31% de quienes acuerdan con que el aborto no esté penalizado en caso de riesgo de vida o de salud de la mujer está también de acuerdo con la interrupción de la gestación si la salud mental de la mujer se ve afectada por el embarazo o el parto. Este dato sugiere dos hipótesis interpretativas: a) los respondentes están básicamente de acuerdo con que no se penalice el aborto si corre riesgo la vida, o b) los riesgos de salud son interpretados estrictamente como riesgos biológicos. En otras palabras, el hecho de que la gestación afecte la salud en sentido bio-psico-social no es causa “suficiente” para despenalizar el aborto para casi el 70% de los médicos/as encuestados.¹³

LA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE LA LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO Y LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Tanto en las entrevistas con los jefes/as como en la encuesta se indagó la opinión de los médicos/as acerca de las estrategias que podrían contribuir a disminuir la mortalidad materna. La despenalización o le-

13. Aun cuando se trata de poblaciones diferentes, cabe destacar que los datos de una encuesta a población general realizada en Córdoba también revelan una disímil aceptación de las situaciones “riesgo de salud” y “riesgo de vida” como causal de despenalización. La encuesta, que preguntaba por cada una de las alternativas de manera separada, arrojó los siguientes datos: el 69,4% de los encuestados acordó con la despenalización en caso de peligro de vida de la mujer. Este porcentaje sólo alcanzaba el 27% en caso de riesgo de salud de la mujer (Lista, 1996, pág. 233).

galización del aborto fue mencionada espontáneamente por algunos jefes/as. Los siguientes testimonios ilustran con claridad esta posición:

Una sola [...] La legislación que permita el aborto. Ésa es la única solución, no cabe ninguna otra duda. Está probado. No inducir a una mujer a hacer un aborto [...] Estoy seguro que si va a otro hospital no va a recibir la misma contestación. Pero hay que sacarse la careta. Es una sola (jefe, obstetra).

Desgraciadamente en la estadística del aborto provocado cae la gente que tiene un problema de tipo social, un problema de educación sexual y un problema que las lleva a la consulta de gente inexperta, cuyas consecuencias las tratamos y las vemos nosotros. Entonces yo creo que la mejor manera de acudir a la raíz del problema es la aceptación del aborto como una cosa real. Nosotros en el congreso de ginecología y obstetricia en el año 1971 en San Juan ya propiciamos, ante el gran margen de abortos provocados, sépticos y sus consecuencias sobre la vida actual de la mujer y futura en cuanto a la posibilidad de la reproducción y la posibilidad también de su vida sexual, que también se altera, ya propiciábamos, como una medida de avanzada, la despenalización del aborto (jefe, ginecólogo).

Otros jefes, en cambio, expresaron su total desacuerdo con la despenalización del aborto. El siguiente testimonio, que ilustra esta postura, combina dos argumentos que también estuvieron presentes en las discusiones de los grupos focales: la ilegalidad del aborto como "límite" o control al ejercicio de esta práctica y el status del embrión.

No creo que una ley cambie el riesgo. Al contrario, yo creo que la falta de una ley que legalice crea ciertos límites, ¿no es cierto ? a que eso se extienda. Yo creo que la ley así como está limita la situación. Sin embargo, hay quienes dicen que si en los países donde el aborto está legalizado la mortalidad de la mujer [se] reduce porque no hay aborto clandestino [...] eso sí establece un hecho documentado, ¿no ? [...]. Pero yo no sé hasta qué punto [...] pueden llevar adelante ese proyecto, salvo que dentro de la comunidad exista una idea de que el embrión no es un ser..., ¿no ? (jefe, tocoginecólogo).

Los médicos/as de planta encuestados, por su parte, consideraron que la despenalización del aborto es una estrategia adecuada para enfrentar el problema de la mortalidad materna. Prácticamente ocho de cada diez respondientes (78,6%) acordaron con la frase "la despenali-

zación contribuiría a disminuir las muertes maternas”.¹⁴ No se registran diferencias significativas según sexo, edad y ubicación del hospital. Esa frase, usada como disparador de la discusión en los grupos focales, permitió conocer las opiniones y actitudes de los médicos/as frente a la idea de la despenalización o legalización –el término espontáneamente usado por varios participantes– del aborto.

El consenso generalizado en los grupos fue que la medida provocaría una disminución de las complicaciones por abortos inseguros y, por tanto, de las muertes maternas. Incluso en un caso, la participante distinguió entre su opinión “como médica” y su opinión “personal”:

PM: Si a mí me preguntan como médica si legalizaría el aborto o no, sí lo legalizaría, ¿por qué? Porque disminuimos mucho la cantidad de muertes. Pero si me lo preguntan como persona, no, porque no está en mis convicciones.

Sin embargo, las discusiones muestran que este argumento no es motivo suficiente para suscitar en los/as profesionales la adhesión a la idea de la despenalización. Parafraseando a Rance (2001) podríamos decir que los testimonios en torno a esta cuestión ilustran de manera paradigmática la convivencia, en el discurso médico, de una voz “técnica” (la despenalización del aborto contribuiría a disminuir la mortalidad materna) y una voz “normativa”. En efecto, en la mayoría de los grupos hubo participantes que expresaron su preocupación por los efectos que la despenalización podría tener en términos de la incidencia del aborto.

PV: Yo creo que si se despenaliza el aborto hay un riesgo que es justamente lo que dice él, que se malentienda un poco la despenalización del aborto, que se haga en forma indiscriminada.

PV: Si legalizamos el aborto, todo el mundo se va a hacer abortos.

PM: A veces lo ilegal te hace evitar un aborto. Quizá porque sea ilegal una persona no va.

PV: Por ahí otra cosa que me surge a mí es que en los lugares donde se legalizó el aborto, serían lugares primermundistas y demás, entonces qué [...], legalizar el aborto en el tercer mundo que estamos.

14. La despenalización del aborto contribuiría a disminuir las muertes maternas por aborto provocado: acuerdo: 78,6%; desacuerdo: 14,8%; no sabe/no contesta: 6,7%.

PM: Claro, todo el tiempo abortando.

PV: Porque sería...

PM: Un descontrol.

PV: Si no se mejora la base social, la base económica y educativa y demás.

Este tipo de argumentos fueron rebatidos en la misma clave, básicamente señalando el escaso poder de disuasión de la restrictiva legislación vigente:

PM: Nadie deja de abortar porque está prohibido.

PV: La gente que iba a abortar iba a abortar de todas maneras, sea como sea, de cualquier forma, con un palito o con el especialista más caro de Callao y Santa Fe.

PM: Es una decisión tan personal que... (ídem).

PV: Es una cuestión de educación, no tiene que ver con que lo legalicen o no.

Resulta interesante señalar que en la discusión observada entre quienes argumentaban que la despenalización aumentaría la incidencia del aborto y quienes sostenían lo contrario, ni unos ni otros tomaban en consideración la experiencia de los países en los cuales el aborto fue despenalizado.

Independientemente del mayor o menor acuerdo con la despenalización del aborto, los/as participantes de los grupos focales pusieron el énfasis en la promoción de la anticoncepción y en la educación como las "soluciones" a esta problemática.

PV: Hay que empezar por la anticoncepción, aun cuando como un acto para disminuir puntualmente la muerte materna uno despenaliza el aborto.

PM: Si se despenaliza, una mujer que no tiene recursos puede ir a un hospital y va a ser bien atendida, no por una partera o una comadrona o, no sé, que las atiende en cualquier lado, que le hacen un raspado sin anestesia.

PM: Como en Cuba.

PM: Yo pienso que se tiene que legalizar y cada mujer tiene que ser libre de decidir. Habiendo una buena educación anticonceptiva ¿no?, obviamente, las dos cosas.

PM: Las dos cosas a la vez.

Para complementar la descripción de las opiniones de los médicos/as respecto de la relación entre la interrupción voluntaria de la gestación y la disminución de la mortalidad materna, cabe consignar

que una amplia mayoría de los encuestados/as (73,5%) estuvo de acuerdo con la frase “los hospitales públicos deberían realizar los abortos no punibles”.¹⁵

En relación con esta cuestión, las entrevistas a los jefes/as proveen información muy sugerente. En primer lugar, los testimonios indican que existe una cierta confusión e inseguridad respecto de cómo proceder en estas situaciones.

Yo considero que por ahí la legislación no está mal, considero que el problema puede llegar a fallar porque en última instancia es el juez el que decide si ese caso está encuadrado o no y si ese caso puede justificar el aborto o no. Lo que creo que acá no está totalmente claro es cómo se implementa en el supuesto caso de que haya que hacerlo. Estamos hablando del punto de vista legal. No sé cómo se puede implementar en el hospital público [...] ahora creo que la legislación, los casos de aborto que justifican la legislación argentina son correctos (jefe, ginecólogo).

Nuestra conducta es que si hay una causa médica que lo justifique, como para el caso del aborto, reunimos un comité: gente de bioética, la dirección del hospital, gineco y obstetricia y el servicio implicado. Digo, la piden por una cardiopatía, el cardiólogo, y bueno... se analiza el caso y si realmente se supone que un nuevo embarazo puede ocasionar un daño grave, es decir que responde a lo que dicen, ahí sí, se hace. Que era la gran discusión si de todos modos solicitar el permiso del juez o no. Yo sé y siento que no debo... si estoy dentro de la ley no debo solicitar permiso, porque después tengo mil sentencias que lo dicen, hay jueces que rechazan, que dicen “no, si está dentro de la ley, ¿para qué me pide permiso?”. Pero hay otros que no (jefe, obstetra).

En segundo lugar, los testimonios de los jefes/as ejemplifican algunas de las dificultades de diversa índole que se presentan o podrían presentarse en estos casos. Una de ellas refiere al *timing* de este proceso y la otra remite a la eventual objeción de conciencia por parte de los/as profesionales del servicio:

Lo mismo que el famoso pedido de aborto legal. Porque, bueno [en caso de]... violación... cuando (riendo) llegó el señor juez, la señora ya está acunando al bebé... o sea ¡es terrible! (jefa, obstetra).

15. “Los hospitales públicos deberían realizar los abortos no punibles”: acuerdo: 73,5%; desacuerdo: 15,5%; no sabe/no contesta: 11%.

El tema que existe también en el ámbito público, llegado el caso de tener que hacer un aborto por alguna circunstancia legal aunque un juez lo autorizara, es quién lo hace, porque entonces allí aparecen las excusas de tipo moral, de tipo religioso y después no se consigue quién lo haga. Yo he planteado el caso supuesto de que viniera una orden judicial de hacer un aborto, yo tengo un servicio de treinta y pico de médicos, ninguno lo hacía, entonces a mí gracias a Dios no se me planteó ese problema, nunca me llegó una orden judicial de hacer un aborto a mi servicio, pero si llegara una orden judicial no sé cómo lo resolvería (jefe, ginecólogo).

LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES QUE SE INTERNAN POR COMPLICACIONES DE ABORTO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS

En relación con los abortos hospitalizados, el estudio recabó la opinión de los tocoginecólogos/as en dos planos: el referido a la calidad de la atención médica de esos casos y el vinculado a los aspectos legales.

La encuesta incluyó dos preguntas acerca de la perspectiva de los médicos/as sobre la atención de las complicaciones de aborto en los hospitales públicos. Tal como se observa en el cuadro 9, la opinión mayoritaria es positiva. El 43% de los/as respondentes opinó que la atención de las complicaciones de aborto en los hospitales públicos es muy buena. Si a ese porcentaje le sumamos los correspondientes a las categorías excelente y buena, la opinión positiva asciende a nueve de cada diez encuestados/as. No se registran diferencias significativas según sexo, edad y ubicación del hospital.

Este resultado es consistente con otro dato de la encuesta: sólo el 39,4% de los médicos/as señaló que era prioritario implementar programas para mejorar la atención de los abortos hospitalizados, al ser consultados acerca de un conjunto de acciones destinadas a mejorar los indicadores de salud reproductiva. Esta prioridad fue considerablemente menor que la otorgada a acciones tales como implementar programas de asesoramiento anticonceptivo postaborto (71,1%); programas de asistencia en anticoncepción (72,8%); campañas de prevención de VIH/sida con distribución de preservativos (81,6%) y programas de educación sexual (86,7%).

Puede pensarse que los/as profesionales de la salud encuestados le asignan una prioridad baja a mejorar la calidad de la atención de los abortos hospitalizados pues evalúan que la atención es muy buena. Asimismo, el cuadro 10 refuerza esta tendencia: una amplia mayoría

considera que las mujeres internadas por complicaciones de aborto siempre son tratadas con eficiencia y calidad.

CUADRO 9
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE ABORTO
EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS

	%	%
Excelente	13,1	
Muy buena	43,0	89,5
Buena	33,4	
Ni buena ni mala	6,9	6,9
Mala	1,5	
Muy mala	0,4	2,1
Pésima	0,2	
No sabe/no contesta	1,5	1,5
Total	100	100
Base	(467)	(467)

Una segunda pregunta mostraba cuatro dimensiones relacionadas con la calidad de la atención que reciben las mujeres internadas por complicaciones de aborto: la eficiencia médica, el respeto por sus derechos como pacientes, el asesoramiento anticonceptivo postaborto y la contención psicológica. La encuesta solicitó a los médicos/as que indicaran la frecuencia (siempre/nunca/a veces) de su observancia. El cuadro siguiente –ordenado desde la frecuencia más alta a la más baja según la primera columna– muestra diferencias sustantivas entre las distintas dimensiones.

Una gran mayoría considera que las pacientes siempre son tratadas con eficiencia y calidad médica, o sea, que el atributo que es reconocido con más frecuencia está vinculado, por parte de los/as profesionales, a su propio ejercicio profesional. La muestra se divide al plantear el tema del reconocimiento del derecho de las pacientes. Cinco de cada diez opina que ese reconocimiento se da siempre, mientras que para cuatro de cada diez sólo se da algunas veces. Algo más de la mitad de la muestra –especialmente los médicos/as mayores de cua-

renta y cinco años de edad (67,5%)– coinciden en que el asesoramiento anticonceptivo sólo se da algunas veces. Finalmente, si bien seis de cada diez encuestados/as consideran que a veces las mujeres son contenidas psicológicamente, el 20,6% estima que esa atención nunca se brinda en el hospital público.

La percepción de los médicos/as acerca de la atención de las complicaciones de aborto también fue objeto de indagación en las entrevistas con los jefes/as y en los grupos focales.

Varios jefes/as indicaron que cuando se interna una mujer por complicaciones de aborto suele solicitarse la intervención de la psicóloga y/o la asistente social y realizarse la conexión con el consultorio de procreación responsable.

CUADRO 10
OPINIÓN ACERCA DE LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL PÚBLICO
POR COMPLICACIONES DE ABORTO

	Siempre %	A veces %	Nunca %	No sabe %
Es tratada con eficiencia y calidad médica	77,1	20,3	0,4	2,1
Es tratada como una paciente con derechos	47,6	41,4	6,9	4,1
Es asesorada sobre anticoncepción antes del alta	22,7	60,2	12,4	4,7
Es contenida psicológicamente	12,0	63,5	20,6	3,9

Nota: total de encuestados/as en cada fila.

Cuando se van de alta se las manda a procreación responsable, justamente se les explica, para no tener que estar haciendo esto y tener que correr estos riesgos (jefe, obstetra).

La paciente se contacta con la psicóloga que la va a seguir y con la médica de planificación estando hoy internada. Esto es clave en la estructura asistencial. Cuando uno se olvida o se equivoca, perdió. La paciente no vuelve [...] la internación es generalmente breve, entonces hay que tener claro que esos dos enganches tienen que ser hechos estando en la cama (jefe, ginecólogo).

Salvo la paciente con complicaciones severas, la paciente permanece un lapso muy breve en el hospital, entre veinticuatro y cuarenta y ocho

horas. Al margen de la resolución de su cuadro, lo que se enfatiza es que concurra a los consultorios de planificación, porque evidentemente el embarazo no está en sus planes y en la medida que no adopte alguna medida va a volver en tres meses (jefe, ginecólogo).

Más crítica, en cambio, resultó la visión de los/as participantes de los grupos focales.¹⁶ En términos generales, estuvieron de acuerdo con el panorama trazado por los médicos/as que respondieron la encuesta: desde el punto de vista “técnico”, el tratamiento de las complicaciones es el adecuado, pero que –por diversas razones– tanto la contención psicológica como el asesoramiento anticonceptivo no forman parte de la oferta cotidiana de los servicios. En el primer caso, los argumentos son de diversa naturaleza (falta de recursos humanos, definición del problema en términos “médicos”, etc.) pero abonan la idea de la falta de trabajo interdisciplinario.

PV: La contención psicológica quizá sería superimportante y no se hace nunca, porque tampoco hay un grupo formado para eso.

PV: Desde el punto de vista de la conducta a seguir de acuerdo con el tratamiento, se le hace lo indicado y se le resuelve el problema, después, con respecto a la menor contención o mayor contención, generalmente depende de [...] cómo le impresionó al médico también la paciente: si controló su embarazo, si era un embarazo deseado y demás. Si era una paciente que estaba totalmente descontenta de su embarazo, hizo maniobras y demás, únicamente creo que lo que pasa en general es que se le realiza el tratamiento médico pero hasta ahí, y nada más. No están contenidas, digamos.

PV: Creo que no hay asesoramiento psicológico posterior y puede haber algún comentario sobre la anticoncepción [...].

PM: Primero el problema médico [...].

PV: El problema es médico, la raspo [...].

En cuanto al asesoramiento anticonceptivo, algunos señalaron que no es una práctica habitual debido a la propia dinámica de trabajo (to-

16. Como disparador de la discusión, se presentó la distribución de frecuencias de la primera columna (“siempre”), con la intención de conocer en qué medida los/as participantes compartían la evaluación realizada por los encuestados/as y cuáles eran los factores que, a su juicio, explicarían ese estado de situación.

dos los días hay un ginecólogo diferente de guardia), la falta de una relación personalizada con las pacientes y/o a la ausencia de una “rutina de trabajo” que la legitime. En relación con esta última cuestión, un participante declaró que se trataba de un problema generalizado en la práctica asistencial y no un problema puntual de la atención de estos casos:

PV: Una cosa es la actitud médica. Eso generalmente se hace bien. El problema es que está faltando todo lo que rodea a eso, la parte preventiva, la parte consejería, pasa con toda la medicina. Ves un paciente que se infartó, resuelvo la arritmia pero el paciente sale y no le dicen “ojo, tenés que dejar de fumar”. El tema pasa en general, el médico está para resolver la urgencia y pierde ese momento más importante de entender a la paciente como para aconsejarla, para que eso no se vuelva a producir.

Finalmente, algunos médicos/as expresaron opiniones críticas respecto de la oportunidad de dar asesoramiento anticonceptivo durante la internación por complicaciones de aborto: Así, por ejemplo, una participante señaló:

PM: La paciente no está preparada para recibir en internación esa información, sí que tiene que venir a un consultorio [de Procreación Responsable] y se le va a hablar.

Sería importante conocer el grado de consenso de esta perspectiva en la comunidad profesional visto que la experiencia internacional indica que la consejería en anticoncepción es un elemento importante de una estrategia destinada a disminuir la incidencia del aborto. “Aparte del tratamiento médico para la situación de emergencia inmediata, los proveedores deben decir a la mujer cómo puede evitar que se repita ese problema. Eso es lo más importante de todo [...], como mínimo los proveedores deben informar a las mujeres que la fertilidad regresa rápidamente. Se les debe decir que existe una variedad de métodos anticonceptivos que se ajustan a sus distintas circunstancias y necesidades. Si el servicio de salud no puede proporcionar esos métodos en ese lugar, los trabajadores de salud deben informar a las mujeres dónde pueden obtenerlos” (Network en español, 1997, págs. 26-27).

Además de solicitar la opinión de los médicos/as respecto de la calidad de la atención de las complicaciones de aborto, tanto en las entrevistas con los jefes como en los grupos focales se intentó reconstruir lo que ocurre en los servicios frente a estos casos.

Una de las constantes en los discursos de los/as jefes (y también de los médicos/as, como veremos más adelante) acerca de las internaciones por complicaciones de aborto es que las mujeres sistemáticamente niegan haber realizado maniobras abortivas.

Usted tiene pacientes que se están muriendo en terapia intensiva infectadas y siguen negando que se hicieron un aborto. Siguen negando que se pusieron un perejil, que se pusieron una aguja, una sonda [...]. Es de terror (jefe, tocoginecólogo).

Nunca manifiestan nada, absolutamente nada, pueden estar muriéndose y pueden estar negando la maniobra, negando lo que han hecho (jefe, obstetra).

Sólo uno de ellos hizo una reflexión acerca de los motivos que llevarían a las mujeres que se encuentran en situaciones críticas a negar el aborto:

A veces están muy mal y les preguntamos, porque a veces uno duda [...] dudamos si fue provocado o no provocado, porque puede haber hecho un aborto espontáneo, estar con una evolución de quince días y tener una infección por ese motivo. Muchas veces no dicen que se hicieron el aborto, ya no digamos quién [...] puede ser que cuando se vayan a hacer el aborto les digan “no vayas a decir porque te van a meter presa” (jefe, tocoginecólogo).

Los testimonios de los jefes abonan los hallazgos de diversos estudios que indican que las mujeres suelen ser sometidas a un tenaz interrogatorio para que “confiesen” la realización de maniobras abortivas (Ramos y Viladrich, 1993; Checa y Rosenberg, 1996; Zubieta, 1996).

Es revisada la paciente por el médico, la asistente social y la psicóloga para determinar bien si era un aborto provocado o un aborto espontáneo (jefe, obstetra).

Cuando no viene complicado, viene solamente el aborto incompleto, puede ser que se nos pasen desapercibidos unos cuantos provocados. Los que no pasan desapercibidos son los que vienen complicados, porque entonces ahí como hay riesgo de muerte, ya se hace el interrogatorio más exhaustivo, la paciente misma tiene miedo y cuenta lo que pasó (jefe, obstetra).

El paciente oculta la situación en la que está. Cuando el médico empieza a presionarla para que diga, al final dice (jefe, tocoginecólogo).

Algunos/as jefes argumentan que el interrogatorio es necesario para decidir la terapéutica que se seguirá:

Muchas veces vienen y te dicen que están con pérdidas y vos lo tomás como un aborto en curso, porque si ves que el cuello incluso está cerrado, la sonda no te hizo más que meterte una infección y nosotros por ahí pedimos una ecografía y por ahí te dicen que está bien el feto, y vos no seguís [...] Pero si sabés que eso es así lo sacás, porque ante un aborto séptico está primero la vida de la madre, y a veces los estudios, hasta que te vienen mal, por ahí pasaron veinticuatro, cuarenta y ocho horas y ya es tarde para hacer algo (jefa, obstetra).

Te lo niegan hasta cuando se están muriendo, te niegan que no se hicieron nada, hasta que después el marido cuando ve que está agonizando lo dice, ya es tarde [...] por ahí si lo dicen en el momento en que viene por primera vez todo es distinto [...] (jefa, obstetra).

En otros servicios, en cambio, las decisiones terapéuticas se toman basadas en criterios que no dependen de la “confesión” de la mujer:

Los tratamos a todos [los abortos] como sépticos, viene un aborto de la calle, no de la paciente que le estamos controlando el embarazo, le estamos haciendo un seguimiento y de pronto aborta, es una paciente controlada, sabemos quién es, pero cuando son desconocidas, viene de la calle, con un aborto en curso, nosotras la tratamos como si fuera un infectado, la cubrimos de entrada [...]. Pero no tenemos mucha frecuencia (jefa, obstetra).

Siempre partimos de la base de que toda paciente que se presenta con un aborto infectado, un aborto séptico, hasta que nada demuestre lo contrario siempre aceptamos de que allí ha habido maniobra. Y procedemos como si realmente hubiese habido maniobra. Procedemos con los mismos cuidados, en la misma metodología de estudio y tratamiento que si esa enferma se hubiese hecho practicar un aborto. Tratamos de no quedarnos cortos con todo lo que sea medicación. Tratamos de hacerles antibiótico-terapias, terapia antitetánica, en fin, los cuidados (jefe, ginecólogo).

Como veremos a continuación, estas dos perspectivas también están presentes en el discurso de médicos/as de planta y residentes en los grupos focales. Por una parte, algunos/as aseguran que es neces-

rio conocer qué maniobras se realizaron a fin de decidir los pasos que se seguirán:

PV: No es el mismo tratamiento para un aborto espontáneo que para uno provocado. El aborto provocado es infectado, por lo tanto hay que darle otros antibióticos que al espontáneo no se le da. Si la paciente no quiere [decir] y nosotros le damos los antibióticos que le damos al espontáneo, es muy posible que se complique el provocado.

PV: Uno empieza a profundizar el interrogatorio porque fundamentalmente quiere saber si va a tener que hacer algo más de lo que habitualmente se hace en un aborto espontáneo.

Por otra parte, hubo también quien cuestionó abiertamente la racionalidad técnica del interrogatorio, interpretándolo básicamente como una forma de castigo o maltrato:

PV: El riesgo es el mismo, técnicamente no hay demasiada diferencia.

Independientemente de la cuestión del “interrogatorio”, los grupos focales también arrojaron luz acerca de las actitudes y sentimientos que la atención de pacientes con complicaciones de aborto genera en los médicos/as. Se observaron dos posturas. Una, la menos extendida, fue la de aquellos/as que no atribuyeron ninguna significación particular a este tipo de casos, que puede ejemplificarse con el siguiente tipo de testimonios:

PV: Un individuo puede no estar de acuerdo con el aborto pero entenderlo.

PM: Si la paciente decidió hacer eso, yo soy médica. Es algo muy personal.

En cambio, la posición más frecuente en los grupos fue reconocer que la atención de una mujer con complicaciones de aborto suele producir un cierto malestar o rechazo en el servicio.

PV: Cuando fui residente en el hospital público, las trataba bien en el sentido de que se hacía toda la prevención necesaria para que no tuviera un problema orgánico digamos, pero de cualquier manera muchas veces no era tratada bien por eso de tener un aborto. Digo de la guardia, como que se instalaba [...] la denuncia policial, se les insistía que dijeran si había o no había sido una maniobra ilícita, esto independiente del jefe de servicio.

Ya era vista [...] como una persona que había hecho un aborto. No se la veía bien. De todos los médicos estoy hablando. Esto es una reacción muy personal [...].

PV: Por lo pronto, el aborto está mal visto aun por los médicos, o sea, la mujer que ingresa por complicación de un aborto está mal vista, la segunda cosa es que todos nosotros hemos crecido y hemos recibido información de que el aborto nos puede complicar legalmente a nosotros [...].

PM: Me acuerdo de que en mi época la actitud general de los médicos, y sigue siendo así por lo que escucho, es punitiva. Yo creo que sí, es verdad, tal vez médicamente se la asista, pero siempre hay una actitud [...] como una psicopateada hacia el paciente bastante humillante.

Los diálogos que siguen ilustran el conjunto de factores que subyacen en el malestar que el aborto provocado genera en los servicios públicos de salud. Los testimonios también ilustran la gama de sentimientos (rabia, temor, impotencia) que estas situaciones pueden desencadenar entre los/as profesionales, particularmente entre los/as residentes. La primera transcripción destaca el enojo que produce tener que resolver un problema generado por un tercero y también el temor a las complicaciones de tipo legal.

Moderadora: ¿Cuál es el malestar que le produce al médico atender a una mujer con complicaciones de aborto?

PM: A mí me da bronca que sean víctimas de otras personas que lo que hacen es comenzar con el procedimiento y saben que van a tener la complicación y le dicen que ante la mínima complicación de pérdida o de lo que sea que vaya y que se lo termine el médico [...]

PV: Alguien lo inició y la complicación viene al que no lucró, y además puede estar implícita la posibilidad de tener un problema legal cosa que yo no lo creo pero todos nacimos con esta cosa que hay que cuidarse legalmente [...] y la otra cosa es: resolvió una cosa afuera y que lo resuelva todo afuera, que no venga a las tres de la mañana acá y además potencialmente se asocia con la muerte. Es complicado. Además tenés que rasparla de nuevo a esa mujer, tenés que hacer una cantidad de cosas, no es sencillo, no es una pastilla que le doy. Es una mujer que puede tener una cascada de situaciones muy complicadas incluso terminar con la muerte, entonces al médico le molesta esa situación.

El siguiente diálogo, en cambio, descubre otra faceta del problema: el malestar parece deberse básicamente a que los médicos/as se sienten engañados por las pacientes, resienten tener que dedicar tiempo y esfuerzos a resolver un “problema evitable” o se sienten violentados

por tener que terminar un procedimiento con el cual personalmente no están de acuerdo.

Moderadora: Nos gustaría saber un poco qué le pasa al médico a la médica cuando llega una mujer con complicaciones...

PM: Aborto provocado.

Moderadora: Cuando llega una mujer con complicaciones de un aborto provocado.

PM: Es distinto.

PM: Lo que pasa es muy distinto el trato que se le da a una paciente que llega con un aborto espontáneo y una que viene con aborto provocado. No es por lo que yo piense del aborto provocado, porque uno puede tener el panorama más o menos claro, sus ideas, pero es como que me da bronca. Cuando estás en la guardia con mucho trabajo y te llega una mujer con aborto provocado [...]

Moderadora: ¿Cómo es?

PM: La paciente que viene con un aborto provocado nunca te va a decir que tiene un aborto provocado.

PM: Partimos de una mentira.

Moderadora: ¿Eso es lo que le molesta al médico, la mentira?

(se superponen)

PM: Es un engaño, a mí me pasa eso, tenemos un engaño, la paciente...

PM: Uno se da cuenta.

PM: La paciente es mentirosa ya desde un comienzo.

PV: Lo que pasa es que hay que entender que por ahí ellas mienten porque el aborto no es legal. Y aceptar que es un aborto tiene implicancias legales [...]

PM: Si te lo dice también te da bronca.

PV: Nosotros, por ejemplo, hacemos partes policiales.

PM: Pero la verdad es que te da bronca.

PV: Te da un poco de bronca. Aunque nosotros le expliquemos, no me importa lo que hiciste, yo lo único que quiero es saber lo que te hiciste porque depende el tratamiento...

PM: Pero aparte miente porque no es legal, pero al mismo tiempo miente porque es incompleto, porque viene acá a completárselo.

PM: Eso es lo que te da bronca, tal cual.

PM: Entonces qué confianza es para vos de algo... Y él sabe, porque está legalizado, o sea, vos tenés que completárselo, vos se lo tenés que terminar.

Moderadora: ¿Eso es lo que más molesta?

PM: A mí me genera bronca.

PM: Lo vemos los que estamos de guardia los fines de semana, típico que en el sábado te caen. De última, lo van a reconocer si ven que vos les pedís los análisis, ahí sí lo reconocen.

PM: Y a veces tampoco.

PM: No, porque ahora saben que hay métodos de provocárselo que saben, que les explican que no se van a infectar.

PV: Que no implica que haya métodos invasivos, o sea, antes se ponían una sonda, una cureta, ahora hay métodos que provocan contracciones que siempre lo hacen incompleto.

PM: Tal cual.

PV: Se toman la pastilla, despiden parte y vienen a completar acá.

Moderadora: Les molesta eso, que alguien que cobró lo empezó.

PM: No es el tema del cobro.

PM: Ya partimos de un engaño.

PM: Es un problema de actitud de la paciente, porque vienen así, como que no les importa y vos estás trabajando y tenés que ocuparte [...]

PM: Capaz que lo vuelve a hacer dentro de dos semanas o dentro de dos meses.

PV: Yo pienso que todos tenemos una historia con un engaño, una paciente que te termina engañando [...] Y vos te sentís mal porque uno no duerme por esa paciente, se desvive para que salga todo bien y lo están negando en la cara [...].

PM: Tal cual, vos te estás ocupando de salvarle la vida o de que no se infecte, o lo que sea, y es como que la persona no está concientizada de lo que hizo, no sé, te genera bronca.

PV: Molesta ser parte del circo, participar en algo que por ahí, por más que uno sea médico, tiene diferencias, puede estar a favor o en contra.

PM: No importa.

PV: Es participar de algo que él no quería. Yo no quiero participar de esta decisión [...].

Moderadora: ¿Es íntima o privada?

PM: Y más bronca te da cuanto peor viene la paciente, cuanto más infectada viene, peor, es como que la querés matar.

PM: Sí, a mí me dan ganas de matarla.

PV: Va más allá de lo que uno piensa del aborto en sí, porque ya se pone en juego muchas veces la vida de la paciente [...]. Te sentís engañado, mal y eso es lo que te genera bronca.

LA OPINIÓN ACERCA DE LOS ASPECTOS LEGALES: LA DENUNCIA POLICIAL Y LA SANCIÓN PENAL

Las cuestiones legales vinculadas a la práctica profesional en los casos de atención de complicaciones de aborto fueron indagadas en la encuesta, en las entrevistas a los jefes/as y en los grupos focales.

Tanto entre los jefes/as de servicio de la ciudad de Buenos Aires como de los partidos del Gran Buenos Aires, se observaron dos posturas diferentes respecto de la denuncia policial.¹⁷ Una es la de aquellos servicios que tienen como política hacer la denuncia de rutina:

Yo estoy de acuerdo con la denuncia. Ahora en estos momentos se hablaba que no por el secreto profesional, pero es un delito, por ahora para nosotros es un delito y tenemos obligación, y esto sobre todo por la parte legal, porque si a la paciente le llega a pasar algo que hay que sacarle el útero y demás, después vienen los juicios, “¿por qué le sacaron el útero? ¿por qué le hicieron esto? ¿por qué le hicieron lo otro?”. Nosotros estamos muy presionados por la parte legal, y ése es un problema y yo acá en el servicio doy intervención a todos (jefe, obstetra).

Siempre se da intervención policial (jefe, ginecólogo).

Nosotros lo que implementamos es hacer la denuncia policial, un poco exagerando, a toda amenaza de aborto que entre, o aborto en curso que entre (jefa, obstetra).

La segunda postura es la de quienes realizan la denuncia sólo en los casos en que pueden anticiparse complicaciones:

Algunas veces se reciben pacientes con complicaciones de abortos provocados que siempre se ignora el origen. Pero cuando se constata que es un aborto provocado se da intervención policial (jefe, ginecólogo).

Indiscutiblemente en evidencia de lesiones se hace la intervención policial. Si no hay evidencia de lesiones, no hacemos intervención policial. Y esto es muy discutible, porque como es un delito de instancia privada, la paciente puede negar todo puesto que a principios elementales procesales, ninguno está obligado a declarar en su contra. Es lo mismo. [...] pero cuando hay riesgo de vida en la paciente, incluso ante la negativa, que es permanente, de una maniobra provocada, hacemos intervención policial [...] (jefe, ginecólogo).

Entre este segundo grupo de médicos/as pudieron observarse algunos cuestionamientos respecto de la denuncia policial. Entre ellos,

17. Entre los jefes que se expidieron sobre esta cuestión fue levemente mayor el número de los que sustentaban la primera postura.

el que esta práctica crea un conflicto ético al médico/a en tanto supone una violación del secreto profesional.

La norma habitual es la denuncia policial. Esto es materia de discusión. Pero en general se sigue haciendo la denuncia policial, porque creo que en ese aspecto el médico tiene un serio conflicto, el secreto profesional y su seguridad por los juicios. Ahora creo que la industria del juicio de la mala praxis distorsionó toda la conducta médica. Hay muchas cosas que los médicos harían si no estuvieran con la espada de Damocles. Se hace la denuncia todavía y una reciente jurisprudencia pareciera que nos da la razón.¹⁸ Pero no es un criterio universal: hay juristas y médicos legistas que consideran que hay que respetar el secreto profesional (jefe, ginecólogo).

Este testimonio, al igual que otros referidos a los abortos no punibles, también evidencia la inseguridad que sienten los médicos/as ante situaciones que no están claramente explicitadas y frente a las cuales se observan, entre los administradores de justicia, criterios disímiles y hasta encontrados.

Para otros entrevistados/as, la denuncia es un factor que afecta la accesibilidad de las mujeres a los servicios de salud:

Creo que quizás este tema de tener que hacer la denuncia puede ser un inconveniente para que la gente sea reticente en la consulta. Por ahí habría que rever esa situación (jefe, ginecólogo).

Finalmente, algunos jefes/as consideran que la denuncia policial no sólo supone una complicación o pérdida de tiempo para el/la profesional sino que es una práctica carente de toda utilidad, en tanto no conduce a su supuesto objetivo: identificar a quien practicó el aborto:

Nunca sabemos si se investigó (jefe, ginecólogo).

La paciente jamás denuncia quién fue el que lo hizo. Cuanto mucho dice “me tomé una pastilla o levanté el balde con ropa” (jefa, obstetra).

18. Se refiere a un caso en el cual la Corte Suprema de esa provincia de Santa Fe aceptó, por unanimidad, la denuncia de una médica que acusó a una de sus pacientes de haberse hecho un aborto. El máximo tribunal santafesino tomó esta determinación después de que –por el contrario– la Cámara de Apelaciones de Rosario dictaminó que, con esta denuncia, la médica había violado su secreto profesional (Clarín, 27 de agosto de 1998).

Esa denuncia siempre queda inconclusa, incompleta. Generalmente no se denuncia a la persona que lo ha practicado, sea un profesional o quien quiera que sea (jefe, ginecólogo).

Veamos ahora cuál fue la postura de los médicos/as de planta que respondieron la encuesta autoadministrada respecto de la denuncia policial. La encuesta solicitaba a los médicos/as que, independientemente de las normas vigentes, indicaran su acuerdo o desacuerdo con las tres frases cuya distribución puede observarse en el cuadro 11.

Tal como se desprende de la lectura del cuadro, seis de cada diez respondientes está de acuerdo con que se realice la denuncia policial cuando ingresa una mujer al hospital público por complicaciones de aborto. Ese porcentaje crece significativamente entre los médicos que se desempeñan en el Gran Buenos Aires (69,5%). No obstante, la mayoría opta por el desacuerdo cuando responde si debe ir preso/a una mujer o un médico/a que realizó un aborto. El desacuerdo con la pérdida de la libertad es más fuerte cuando se trata de la mujer que realizó el aborto (88,2%) que cuando se trata del médico/a (47,3%). No se registran diferencias significativas según sexo, edad y ubicación del hospital. Cabe destacar, tal como se observa en el cuadro 11, que esta frase reúne un elevado porcentaje de ausencia de respuesta.

CUADRO 11
OPINIÓN ACERCA DE LA DENUNCIA POLICIAL POR ABORTO

	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe/ no contesta
	%	%	%
Cuando ingresa una mujer al hospital público por complicaciones de aborto debe hacerse la denuncia policial	59,9	34,3	5,8
Un médico/a que realizó un aborto debe ir preso/a	32,3	47,3	20,4
Una mujer que se realizó un aborto debe ir presa	3,2	88,2	8,6

Vista la existencia de una aparente contradicción entre el acuerdo con la denuncia y el desacuerdo con la penalización de la mujer intentamos indagar esta cuestión en los grupos focales. Las discusiones proveen información respecto de cómo es vista la denuncia por los médicos/as. Al igual que en el caso de los/as jefes, uno de los aspectos más mencionados por los/as participantes de los grupos focales es que la denuncia implica una protección para el profesional frente a un eventual juicio por mala praxis:

PV: Si yo hago la denuncia y se muere estoy protegido del abogado [...]. Una cosa horripilante pero que subsiste al día de hoy y es muy difícil de resolver.

PV: Nosotros hacemos la denuncia no por el hecho de acusar a la mujer que se hizo el aborto, sino en defensa nuestra. Porque ha pasado que después han venido a decir que la lesión que tiene la paciente ha sido provocada por nosotros.

La contracara de esta virtual protección son los inconvenientes que la denuncia conlleva para el/la profesional en términos de pérdida de tiempo (algunos/as participantes mencionaron la cantidad de veces que fueron citados a declarar y/o el tiempo insumido en estos trámites) o del clima incómodo que genera en el servicio la presencia de un policía.

Asimismo, algunos participantes de los grupos focales, en su mayoría mujeres, expresaron cuestionamientos similares a los manifestados por los/as jefes:

PM: ¿Y por qué uno tiene que denunciarlo? No lo entiendo.

PV: Es delito. Es lo mismo que si vos ves que alguien robó algo y no lo denunciaras, o mataron a alguien...

PM: ¿No es privado? ¿Por qué tengo que ir a decir [...]?

PM: A mí no me gusta hacer denuncias policiales [...]. Si la paciente decidió hacer eso [...] yo soy médica. Es distinto que reciba un baleado, por ejemplo. Si es un tipo que mató a cuatro personas, a lo mejor una puede sentir ¿por qué tengo que salvarle la vida a este hijo de...? Pero lo otro [...] es muy personal.

PV: Lo que yo he visto que a veces comentan es que hay un problema también entre lo ético y lo legal, y que la paciente llega con la complicación del aborto. Uno tiene el diagnóstico que es ya confirmado por una ci-

rugía o porque la paciente [...]. Entonces está el problema ético entre el secreto médico-paciente y el problema legal en que la paciente hizo algo ilegal, y si merece una denuncia o no por lo menos no para castigarla a ella, pero por lo menos para castigar al que ocasionó ese problema.

Otros/as participantes, en cambio, relativizaron los efectos de la denuncia para la mujer, lo cual en parte puede explicar el elevado grado de acuerdo con la denuncia.

PM: En las comisarías lo que se tiene en cuenta ahora es que hay un tercero involucrado. Vos podés hacer la denuncia contra la mujer, pero a la mujer no le hacen nada, no pasa nada con eso.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS

Este estudio generó el primer cuadro de situación acerca del estado de la opinión sobre salud reproductiva de los/as profesionales más directamente vinculados a la atención médica de las mujeres de los sectores urbanos de menores recursos económicos: los tocoginecólogos/as que se desempeñan en la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires y de seis partidos del Gran Buenos Aires.

Las conclusiones presentadas en este capítulo se refieren, por un lado, a los aspectos metodológicos de la investigación y, por otro, a los temas de la salud reproductiva analizados en la sección anterior: la anticoncepción y el aborto. Respecto de cada uno de ellos, se presentan las recomendaciones elaboradas –a partir de los hallazgos del estudio– para la formulación e implementación de políticas públicas.

LA METODOLOGÍA APLICADA: ALGUNOS APRENDIZAJES

Uno de los ámbitos elegidos para situar espacialmente el estudio, la ciudad de Buenos Aires, puso en marcha más tempranamente, por un lado, un programa de planificación familiar en la Argentina y, por el otro, deberían producirse más cambios positivos en materia de promoción de los derechos sexuales y reproductivos en el futuro próximo, en virtud de las transformaciones políticas y normativas allí ocu-

rridas recientemente. Tal es el caso de la ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la ciudad de Buenos Aires. De esto último también se desprende la importancia de conocer las actitudes y opiniones de los/as agentes profesionales que, en última instancia, son los que están llamados a poner en práctica tales innovaciones en tanto operadores cotidianos de la política pública y de las normativas vigentes.

Desde el ángulo metodológico, se trata de una de las primeras investigaciones en el país que, en este campo, trabajó con una triangulación y complementación de métodos cualitativos y cuantitativos. La experiencia demostró que a través de este tipo de abordaje es posible captar los diferentes niveles que están presentes e interactúan –muchas veces de manera contradictoria– en la producción discursiva de los/as sujetos, en este caso de los/as profesionales de la medicina vinculados a las prácticas asistenciales del campo de la salud reproductiva. Por otro lado, la experiencia también evidenció la riqueza de información obtenida al llevar adelante el trabajo de campo del estudio en los ámbitos de trabajo de los/as médicos e interpeándolos –tratándose de una profesión de carácter vertical como la medicina– desde sus diferentes posiciones estructurales y funcionales dentro de los servicios. Este abordaje permitió recuperar los puntos de quiebre de la ideología de esta comunidad profesional, tanto al nivel de quien tiene a su cargo fijar las normas de los servicios cuanto del personal de planta, que está, por la naturaleza de su tarea, en contacto más estrecho con quienes demandan los servicios.

La estrategia metodológica para la recolección de información dentro de los servicios estuvo basada en las siguientes claves: el “permiso de entrada” otorgado por los/as jefes para acceder al servicio y realizar el trabajo; el compromiso y la dedicación cotidiana del/a “recolector”, estimulando y propiciando el llenado y la entrega de las encuestas; la firma de un consentimiento informado por parte de todos los/as profesionales para hacer efectiva la participación y, finalmente, el resguardo del anonimato al depositar la encuesta en una “urna sellada” que se dispuso en cada servicio durante un tiempo. A nuestro entender, el conjunto de esas estrategias posibilitó la alta tasa de respuesta obtenida. En este sentido, la estrategia ensayada podría ser utilizada como modelo –y aún mejorada– en futuros estudios similares.

Por último, no obstante el resultado global positivo del trabajo de campo, parece relevante destacar la ausencia de colaboración –ya sea

negándose a ser entrevistados personalmente o negando la entrada del equipo al servicio para aplicar la encuesta— de algunos pocos jefes/as, aun cuando se presentaron las credenciales locales e internacionales que avalaban el carácter científico del proyecto.

SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN

Con relación a la hipótesis de trabajo acerca de la escasa importancia otorgada a la anticoncepción en los establecimientos públicos, consideramos que los resultados obtenidos en este estudio permiten concluir que ello obedece más al difícil entramado de intereses políticos e ideológicos en el cual se formulan e implementan las políticas públicas en materia de salud reproductiva en nuestro país, que a una falta de consideración acerca del tema contraceptivo por parte de los/as profesionales que se desempeñan en los servicios de ginecología y obstetricia de esos establecimientos asistenciales.

Esa primera y global apreciación no significa que los médicos/as tocoginecólogos/as de las diferentes categorías ocupacionales que fueron entrevistados en este estudio hayan puesto de manifiesto una postura monolítica en el ejercicio de la práctica profesional en el hospital público con respecto a la anticoncepción. Al triangular métodos cualitativos y cuantitativos hemos encontrado que existen diferencias entre las posturas de los jefes/as y el personal de planta, las que pudieron ser visibilizadas y comprendidas a partir de las entrevistas y los grupos focales.

Entre los/as profesionales que se desempeñan en la jefatura de los servicios y el personal a su cargo no existen dos bloques antagónicos representados por “conservadores” y “progresistas” sino un *continuum* de posiciones matizadas por cuestiones religiosas, científicas, éticas, culturales y sociales. En un extremo de ese gradiente se ubica el sector más tradicional. Este grupo minoritario —cuya posición conservadora se tornará más clara en el tema del aborto— se opone, por ejemplo, a la anticoncepción de emergencia o bien no está de acuerdo con la realización de la ligadura de trompas o con la prescripción de anticonceptivos a las adolescentes sin autorización de los padres. Si bien es una postura representada fundamentalmente por los jefes/as de servicio, un sector de médicos/as de planta se acercó considerablemente a esa posición. Teniendo en cuenta los argumentos esgrimidos

por aquellos/as jefes/as que oportunamente rechazaron participar o trabaron la realización del estudio en sus servicios, consideramos que ellos/as hubieran formado parte de este sector.

En el otro extremo se ubica un sector mayoritario –formado fundamentalmente por los médicos/as de planta que atienden en los servicios y algunos jefes/as– cuyas opiniones acerca del “deber ser” del hospital público en el tema anticonceptivo se alejan de las posiciones tradicionales. Una mayoría de médicos/as entiende que la anticoncepción es un importante problema de salud pública; está de acuerdo con la información, prescripción y provisión gratuita de anticonceptivos a todas las pacientes; toma en cuenta las solicitudes en materia anticonceptiva por parte de las adolescentes; entiende que las decisiones acerca de los hijos/as que tendrán y del uso (o no) de métodos anticonceptivos debe recaer en la pareja; finalmente, y a los efectos de lograr una anticoncepción más efectiva, entiende que el tipo de método debería ser decidido entre el médico y la pareja.

Con respecto a nuestra hipótesis de trabajo referida a la existencia de una diferencia entre profesionales varones y mujeres con respecto al tema anticonceptivo, los datos recogidos en el estudio no permiten dar una respuesta concluyente. La comunidad médica encuestada no está de acuerdo, sin que se registren diferencias significativas según sexo, con la idea de que las médicas mujeres sean más sensibles que los médicos varones a las necesidades de las pacientes mujeres. No obstante esta autopercepción, la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de varones y mujeres respecto de algunas cuestiones puntuales indican que si bien no hubo un reconocimiento explícito por parte de los/as profesionales encuestados/as acerca de las diferencias por género con respecto a la anticoncepción, las médicas mujeres se manifestaron más permeables a las demandas, manifiestas o latentes, de las pacientes. Más concretamente, se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto de las siguientes cuestiones: la prioridad dada a la implementación de programas de anticoncepción (mayor entre las mujeres), la gama de métodos anticonceptivos sobre los cuales consideran que se debería entregar información a la población (las opciones incluidas por las mujeres fueron más amplias que las de los varones) y el acuerdo con informar y prescribir métodos anticonceptivos a solicitud de la adolescente (mayor entre las mujeres que entre los varones).

La difusión y el conocimiento de los resultados del estudio permi-

ten identificar y, por ende, superar algunas de las resistencias e inercias profesionales, ideológicas, culturales y organizativas, que podrían atentar contra el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los establecimientos asistenciales. Sobre la base de los datos recogidos pueden esbozarse (futuras) estrategias para promover estos derechos en la perspectiva y actitudes de esta comunidad profesional.

Dada la importancia adjudicada a la anticoncepción como problema de salud pública y a la información y la provisión de métodos anticonceptivos, parece necesario llevar adelante acciones de sensibilización entre los/as profesionales, para desarrollar una mayor conciencia acerca de la responsabilidad y compromiso profesional desde la perspectiva de derechos, y mitigar prejuicios (como el del carácter abortivo del DIU entre otros) y malentendidos (como la idea fuerza de que las dificultades de las mujeres con la anticoncepción se basan exclusivamente en la falta de información o educación, soslayando la problemática de las relaciones de género –y de poder– en las parejas). También parecen necesarias acciones de capacitación orientadas a enfrentar lagunas y debilidades en la formación de grado y de posgrado de los ginecólogos/as y obstetras con relación a las dimensiones sociales y culturales de la salud reproductiva y, en particular, con relación a la problemática de los condicionantes y relaciones de género.

Al mismo tiempo, dado que los/as profesionales mostraron una alta disposición a proveer anticoncepción a los/as adolescentes sin la necesidad de la autorización de los padres, resulta necesario explicitar más claramente las acciones amparadas por la normativa vigente –como la ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la ciudad de Buenos Aires– de manera tal que el mayor conocimiento sobre las normativas vigentes permita asegurar el derecho de los/as adolescentes, dando cumplimiento a las convenciones internacionales incorporadas a la Constitución Nacional en la Argentina.

SOBRE EL ABORTO

El rol central que los tocoginecólogos/as desempeñan en la atención y prevención de la salud reproductiva indica que toda estrategia destinada a promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la Argentina, necesariamente deberá incluirlos como una

de sus poblaciones objetivo. Sobre la base de los conocimientos producidos por el estudio acerca de sus opiniones y actitudes respecto del aborto, es posible sugerir algunas líneas para el trabajo de abogacía con esta comunidad profesional.

En primer lugar, y vista la disponibilidad de los médicos/as encuestados para realizar los abortos actualmente previstos por la ley, sería importante emprender un conjunto de acciones que garanticen que los abortos no punibles efectivamente se realicen en tiempo y forma. Para ello sería necesario que las autoridades sanitarias elaboraran una reglamentación que establezca los procedimientos que se deben seguir en estos casos. Actualmente los servicios tienden a solicitar autorización judicial y los jueces responden que ésta no es necesaria si a criterio médico peligra la vida o la salud de la mujer o si se trata de un embarazo producto de la violación de una mujer idiota o demente. Esta situación evidencia que las restricciones legales no sólo afectan la accesibilidad de las mujeres a la interrupción del embarazo, violando sus derechos sexuales y reproductivos, sino que también generan un clima de inseguridad entre los tocoginecólogos/as y los aleja del cumplimiento de sus responsabilidades profesionales.

En segundo lugar, y desde un punto de vista más estratégico o de largo plazo, los resultados del estudio muestran que se requerirán acciones de sensibilización y capacitación destinadas a ampliar la perspectiva de estos/as profesionales para comprender de manera más integral las necesidades de las mujeres. Por una parte, parece necesario ampliar su perspectiva respecto de la noción de salud, incluyendo no sólo la salud física, sino también la salud psíquica y social. Resulta llamativo observar que aun cuando acuerdan con que la despenalización contribuiría a disminuir las muertes maternas, no acuerdan con la despenalización del aborto en caso de situación social y económica adversa. Dado que la mortalidad materna debido a complicaciones de aborto afecta exclusivamente a las mujeres más pobres de nuestra sociedad, estos dos argumentos parecen contradecirse.

Por otra parte, también parece necesario abogar por una ampliación de la conciencia profesional con respecto a los derechos de las mujeres, habida cuenta del escaso acuerdo que generan las decisiones de aborto basadas en las necesidades de las mujeres que van más allá de aquellas situaciones que comprometen exclusivamente su salud física (si el método anticonceptivo falló, si la mujer ha sido abandonada por su pareja o si la mujer no desea ese hijo/a).

Una estrategia destinada a sensibilizar a los tocoginecólogos/as respecto de la noción de derechos en relación con la sexualidad y la reproducción podría incluir, entre otros instrumentos, la promoción de documentos emitidos por organizaciones profesionales en torno a la problemática del aborto inducido, tales como la declaración de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada "Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y los ginecólogos" (1997). En ese documento se formulan recomendaciones a las sociedades de ginecología y obstetricia acerca de la práctica profesional en la atención de las mujeres que consultan en servicios de salud con complicaciones de aborto, en la atención de las mujeres que requieren interrupción legal del embarazo en los países con leyes restrictivas y, finalmente, acerca del papel de los médicos/as en el diálogo para la liberalización de leyes y reglamentos sobre el aborto.

Con respecto a este último aspecto los hallazgos abonan la necesidad de promover dos debates orientados a la construcción de consensos. Por un lado, un debate dentro de la comunidad profesional acerca de la falta de información rigurosa y confiable sobre la magnitud y los determinantes del aborto en la Argentina, así como sobre su responsabilidad profesional y ética, y su capacidad para responder apropiadamente a los derechos de las mujeres que atraviesan esta situación crítica. Por otro, un debate en la sociedad, que los cuente como promotores en los medios de comunicación, para discutir eventuales modificaciones a la legislación vigente para ampliar la ciudadanía de las mujeres en materia de sexualidad y reproducción.

Por último, otra conclusión global del estudio apunta a la ausencia de la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos en las opiniones de los/as profesionales consultados acerca de las diversas temáticas relevadas en el estudio. La información recogida permite observar que, si bien los/as médicos abogan por la existencia de leyes y normativas claras (tanto con relación a la anticoncepción como al aborto), este reclamo está motivado por la necesidad de percibir un contexto normativo que oriente y resguarde más y mejor su práctica asistencial de eventuales conflictos jurídicos, que a promover o proteger el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Dado este escenario, consideramos imprescindible realizar una campaña de difusión sobre la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la ciudad de Buenos Aires, así como sobre el

conjunto de disposiciones normativas (incluyendo aquella de aplicación inmediata derivada de la inclusión en la Constitución Nacional de los pactos y convenciones sobre derechos humanos) y jurisprudencia disponible con relación a las prácticas asistenciales del campo de la salud reproductiva.

LA INVESTIGACIÓN Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Es de esperar que los resultados de este estudio permitan a los decisores políticos disponer de un panorama más claro y realista respecto a la viabilidad de propuestas que, de no considerar las opiniones y predisposición de los recursos humanos de las instituciones de aplicación, podrían enfrentar insalvables obstáculos de implementación.

Las recomendaciones presentadas, basadas en los resultados del estudio, están destinadas a iluminar la formulación e implementación de políticas públicas en salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en los ámbitos estudiados. Como investigadoras sociales conocemos la “difícil traducción” que ese proceso significa (Bronfman *et al*; 2000). Los investigadores/as sociales dedicados a la problemática de la salud reproductiva podemos contribuir en este proceso abordando, en cada temática de este campo, los factores propiciadores y desalentadores de la implementación de nuevas iniciativas en materia de programas y políticas.

El conocimiento de las opiniones de una comunidad profesional estrechamente ligada a la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de la población resulta, más aún a la luz de las evidencias presentadas, una pieza clave para orientar nuevas propuestas normativas y programáticas. Esperamos que el conocimiento producido por este estudio contribuya a promover un cambio de mentalidad y de prácticas para mejorar la calidad de la atención en salud reproductiva, respondiendo más apropiadamente a las necesidades y expectativas de las mujeres. Por último, también esperamos que contribuya a ampliar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población y, en particular, de las mujeres en la Argentina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aller Atucha, L. y Pailles, J.: "La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema", Buenos Aires, *Marketing Social*, 1996.
- Balán, J. y Ramos, S.: "La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares", Buenos Aires, Documento CEDES N° 29, 1989.
- Bronfman, M.; Langer, A. y Trostle, J.: *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Editorial El Manual Moderno, 2000.
- Butinof, M.; Reyna, S., Batrouni, L. y Sabulsky, J.: "Características reproductivas y riesgo asociado a la maternidad en una muestra de 650 mujeres de diferentes estratos sociales", en Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, CENEP/OMS, CEDES, AEPA, Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996.
- Checa, S. y Rosenberg, M.: *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*, Buenos Aires, El Cielo por Asalto, 1996.
- Clarín*, 4 de agosto de 1994.
- Clarín*, 27 de agosto de 1998, "Le dan la razón a una médica que denunció a una paciente".
- Cockerham, W.: *Medical Sociology*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1989.

- Conrad, P. y Schneider, J. W.: "Professionalization, Monopoly and the Structure of Medical Practice", en Conrad, P. y Kern, R. (comps.) *The Sociology of Health and Illness, Critical Perspectives*, Nueva York, St. Martin's Press, 1990.
- Dirección de Estadísticas de Salud: *Estadísticas Vitales-Información Básica 1994*, Ministerio de Salud y Acción Social, diciembre de 1995.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia: *Mortalidad materna en áreas seleccionadas*, serie 8, N° 13, Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, 1993.
- Eisenberg, C.: "Medicine is No Longer a Man's Profession: or, When the Men's Club Goes Coed It's Time to Change the Regs", *New England Journal of Medicine*, N° 321, 1989.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, y Organización Mundial de la Salud: "Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y los ginecólogos, Relatorio final", Grupo de Trabajo FIGO/OMS/CEMICAMP, Campinas, San Pablo, Brasil, 2-5 de marzo de 1997.
- Freidson, E.: *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento*, Barcelona, Península, 1978.
- Galvão, L.; Díaz, J.; Díaz, M.; Osis, M.; Clark, S. y Ellerstone, Ch.: "Anticoncepción de emergencia: conocimiento, actitudes y prácticas de los ginecobstetras del Brasil", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial, 2000.
- Gogna, M.: "Ofensiva de la iglesia argentina. Una inconsistente defensa de la vida", *Conciencia Latinoamericana*, vol. VI, N° 3, Católicas por el Derecho a Decidir, Uruguay, 1994.
- Gogna, M. y Ramos, S.: "El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública", *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, N° 2, Buenos Aires, FLACSO, 1996.
- Gogna, M.; Gutiérrez, M. A. y Ramos, S.: "Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: la experiencia de Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (Argentina)", *Saúde reprodutiva na America Latina e no Caribe. Temas e problemas*, PROLAP, ABEP E NEPO/UNICAMP, Editora 34, Campinas, 1998.
- González, A. I.: "Crimen y castigo: el aborto en la Argentina", en González Montes, S. (comp.): *Las Mujeres y la Salud*, México, El Colegio de México, 1995.
- Gutiérrez, M. A.: "Mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres", en

- Abregú, M. y Ramos, S. (comps.) *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*, Buenos Aires, CEDES/CELS/ Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, año 2, N° 3, 2000.
- INDEC: *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el Diagnóstico y la Evaluación de las Metas Sociales*, Buenos Aires, 1996.
- Instituto Social y Político de la Mujer: *Estudio Derechos Sexuales y Reproductivos*, Buenos Aires, 2001.
- Knodell, J. et al.: *Thailand's Reproductive Revolution. Rapid Fertility Decline in a Third World*, Madison, The University of Wisconsin Press, 1987.
- Kutner, N. G. y Brogan, D.: "Gender Roles, Medical Practice Roles, and Ob-Gyn Career Choice: A Longitudinal Study, *Women & Health*, vol. 16, N° 3-4, 1990.
- Lista, C. A.: "El debate sobre la despenalización del aborto. Androcentrismo y consenso normativo", en "Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad", CENEP/OMS, CEDES, AEPA, Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996.
- Llovet, J. J. y Ramos, S.: "La planificación familiar en la Argentina: salud pública y derechos humanos", *Cuadernos Médico Sociales*, N° 38, diciembre de 1986.
- Llovet, J. J. y Ramos, S.: "La práctica del aborto en mujeres de sectores populares de Buenos Aires", Buenos Aires, Documento CEDES N° 4, 1988.
- Llovet, J. J.: "Problemática e ideología de la responsabilidad médica en España (1850-1949), *Asclepio*, vol. 41, N° 1, 1992.
- Llovet, J. J.: "Salud reproductiva y sexualidad: el Estado, la sociedad civil y otros actores sociales", *Desarrollo Económico*, vol. 38, N° 150, 1998.
- López, E.: "Mujeres y vida reproductiva: indicios para la búsqueda de sentido", ponencia presentada en Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires, CEDES/CENEP, 1993.
- López, E. y Tamargo, M. C.: "La salud de la mujer", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC, 1996.
- López, E. y Findling, L.: "La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?", en *Avances en la Investigación en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, AEPA/CEDES/CENEP, 1998.

- Lorenzetti, A. C. : "Aproximación al monitoreo de metas sociales en el Conurbano Bonaerense", en *Infancia y Condiciones de Vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC, 1996.
- Mejía, R.; Casal, E.; Fayana, R. y Pérez Stable, E.: "Encuesta a médicos clínicos y generalistas sobre el cuidado de la salud de la mujer", *Medicina y Sociedad*, vol. 23, N° 1, enero-marzo de 2000, págs. 37-44.
- Ministerio de Educación y Justicia: *Educación Superior Universitaria. Año 1985. Cifras provisionales*, Buenos Aires, Departamento de Estadística, 1985.
- Mitjavila, M. y Echeveste, L.: "Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade", en Oliveira Costa, A. y Amado Orgs, T. (orgs.) *Alternativas Escassas. Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*, San Pablo, PRODIR/Fundação Carlos Chagas, 1994.
- Motta, C. y Rodríguez, M.: *Mujer y justicia: el caso argentino*, Buenos Aires, Banco Mundial, 2001.
- MSAS: *La mortalidad materna en la Argentina*, serie 8, N° 4, Buenos Aires, 1987.
- MSAS: *Mortalidad por tumores malignos, 1980-1986*, serie 8, N° 12, Buenos Aires, 1992.
- MSAS: *Egresos de establecimientos oficiales por Diagnóstico: total país 1990*, serie 4, N° 16, Buenos Aires, 1993.
- MSAS: *Egresos de Establecimientos Oficiales por diagnósticos: Total País. División Político Territorial 1995*, serie 4, N° 18, Buenos Aires, 1998.
- MSAS: *Estadísticas Vitales, Información Básica 1998*, serie 5, N° 43, Buenos Aires, 1999.
- MSAS: *Estadísticas Vitales, Información Básica 1999*, serie 5, N° 43, Buenos Aires, 2000.
- Mundigo, A.: "Hacia la construcción de una agenda de investigación: el reto del aborto inducido en América Latina", encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, Universidad del Externado de Colombia, 15-18 de noviembre de 1994.
- Muraro, H.: "Nota sobre el estado de la opinión pública metropolitana acerca del debate sobre prohibición del aborto", *Informe final de investigación* presentado al Consejo Nacional de la Mujer, Buenos Aires, 1994.

- Nertwork en español, Family Health International, vol. 17, N° 4, verano de 1997.
- Novick, S.: *Política y Población 1/2. Argentina 1870-1989*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1992.
- OMS: *International Classification of Diseases. Manual of the International Statistical Classification of Diseases. Injuries and Causes of Death*, Ginebra, Ninth Revision, 1977.
- Pantelides, E.: "La fecundidad en la Argentina desde mediados del siglo XX", Buenos Aires, *Cuadernos del CENEP*, vol. 41, 1989.
- Parsons, T.: "Estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica médica moderna", en *El sistema social*, Madrid, Alianza Editorial, 1984.
- Petracci, M. y Szulik, D.: "La opinión pública frente a la despenalización del aborto", en Ana Domínguez Mon, Andrea Federico, Lilitiana Findling y Ana Méndes Diz (comps.), *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Editorial Dunken, 2000.
- Pizurki, H. et al.: *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*, Ginebra, OMS, 1988.
- Ramos, S. y Viladrich, A.: "Abortos hospitalizados. Entrada y salida de emergencia", Buenos Aires, Documento CEDES/88, 1993.
- Ramos, S.; Llovet, J. J.; Gogna, M. y Romero, M.: "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social", en Isuani, A. y Filmus, D. (comps.), *La Argentina que viene*, Buenos Aires, FLACSO-UNICEF, Grupo Editorial Norma, 1998.
- Rance, S.: "Voces cambiantes: discursos médicos sobre la anticoncepción postaborto", ponencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, Santa Clara, Perú, 10 al 13 de junio de 2001, Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, 2001.
- Royston, E. y Armstrong, S.: *Preventing Maternal Deaths*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Programa de Procreación Responsable, mimeo (s/f).
- Studies in Family Planning: Special issue: focus group research*, vol. 12, N° 12, 1981.
- Torrado, S.: *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor, Centro de Estudios de la Mujer, 1993.
- Valdés, T. y Gomariz, E.: *Mujeres latinoamericanas en cifras: Argentina*,

Santiago de Chile, Instituto de la Mujer y Buenos Aires, FLACSO, 1993.

Verlant, J. L.: *Profession and Monopoly. A study of medicine in the United States and Great Britain*, Berkeley, University of California Press, 1975.

Viladrich, A.: "El aborto en distintos sectores sociales", Rosario, *Cuadernos Médico Sociales*, N° 61, 1990.

Vitale, A.: "La planificación familiar de los nacimientos: una propuesta pública a mitad de camino?", Rosario, *Cuadernos Médico Sociales*, N° 61, 1992.

Zubieta, N.: "Médicos y legos: Convergencias y divergencias respecto al aborto", en *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, CENEP/OMS, CEDES, AEP-PA, 6 y 7 de mayo de 1996.

Impreso en octubre de 2001 en Talleres Gráficos Leograf SRL,
Rucci 408, Valentín Alsina, Argentina