

Derecho al aborto y violencia sexual en las relaciones intrafamiliares

Una aproximación a la aplicación de la causal violación en los servicios de salud del área metropolitana de Buenos Aires

Natalia Gherardi, Cecilia Gebruers, Claudia Teodori y Karina Camarotta

La persistencia de la violencia de género es una de las grandes deudas con los derechos humanos de las mujeres. Aunque no hay datos oficiales consolidados, en Argentina ocurren anualmente al menos 280 femicidios y sólo en la ciudad de Buenos Aires se denuncian más de 10.000 hechos de violencia, la mayoría perpetrada por parejas o ex parejas. La atención de las víctimas de violencia adolece de insuficientes recursos humanos, técnicos y financieros, muchas veces rodeada de prejuicios y violencia institucional hacia las mujeres. La violación en el ámbito intrafamiliar es generalmente desoída, profundizando la vulnerabilidad de las niñas, adolescentes y mujeres que atraviesan esas situaciones.

En la intersección de un adecuado tratamiento de la violencia de género y una mejor comprensión de la violencia sexual en el marco de las relaciones de parejas y ex parejas, se encuentra el derecho al aborto por la causal de violación. Este documento aborda esa problemática a partir de una indagación exploratoria de las percepciones de profesionales que integran los equipos interdisciplinarios de salud y de violencia en efectores de salud de la región metropolitana de Buenos Aires y propone algunas líneas relevantes para la construcción de un sistema integral de atención.

| | |
|---------|--|
| Pág. 2 | Introducción |
| Pág. 2 | Las políticas públicas en materia de violencia y su abordaje desde el sistema de salud |
| Pág. 6 | La atención de la violencia intrafamiliar en el ámbito de la salud de CABA y GBA |
| Pág. 12 | Percepción y experiencias de los equipos de salud en relación con la violencia sexual y el derecho al aborto |
| Pág. 24 | Conclusiones y recomendaciones |

Introducción

La percepción de la violencia sexual entre parejas y ex parejas por parte de los efectores de salud y funcionarios/as de justicia suele estar teñida de prejuicios y estereotipos. Esto dificulta su adecuado tratamiento, obstaculizando el acceso al aborto permitido por la ley, aún en caso de embarazos forzados. Si bien los equipos de salud desempeñan un papel relevante en el proceso de detección, atención y derivación de la violencia de género y en particular la violencia sexual, los datos disponibles dan cuenta de las grandes dificultades en el acceso a información que tienen las mujeres respecto de la posibilidad de recurrir a los ámbitos de atención de la salud para pedir ayuda.

Para contribuir a garantizar el acceso al aborto legal previsto en la legislación vigente, es decir, cuando hay peligro para la vida, para la salud (física, psíquica y social) y en los casos de violación, este documento se propone mejorar la comprensión de las situaciones de violencia sexual en el marco de las relaciones intrafamiliares promoviendo la articulación entre los servicios de salud que trabajan la problemática de violencia de género y servicios adecuados para brindar servicios de aborto legal.

A partir de una investigación exploratoria realizada en servicios hospitalarios y de centros de salud que trabajan en el área de violencia intrafamiliar, en particular violencia de género y sexual en parejas y ex parejas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en zonas seleccionadas del Gran Buenos Aires (GBA), se analizan cuáles son las características de los servicios y de los modelos de atención que contribuyen a generar espacios adecuados para la mejor atención integral de la problemática de violencia de género.

Las políticas públicas en materia de violencia y su abordaje desde el sistema de salud

La Ley 26.485 para protección integral frente a todas las formas de violencia contra las mujeres en sus relaciones interpersonales (“Ley Integral de Violencia” o “Ley 26.485”) marcó el inicio de un cambio de paradigma en el abordaje de la violencia hacia las mujeres en Argentina.

La tendencia hacia la aprobación de un marco normativo integral (que fuera más allá de la sola consideración de la violencia familiar o doméstica) se había iniciado en la región de América Latina y el Caribe unos años antes, con la aprobación de legislación que redefine la violencia en los términos establecidos en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las Mujeres (conocida como la “Convención de Belem do Pará”) y en la Declaración de las Naciones Unidas sobre Violencia contra las Mujeres.

Tipos y modalidades de violencia en la Ley 26.485

La Ley 26.485 define la violencia como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial de las mujeres, como así también su seguridad personal. Además, se considera violencia indirecta toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

La Ley describe distintos tipos de violencia:

- ☑ **Violencia física** es la que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.
- ☑ **Violencia psicológica** es la que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal, o que busca degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones.
- ☑ **Violencia sexual** es cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia.
- ☑ **Económica y patrimonial** es la que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer.

Estas formas de violencia pueden darse en distintos ámbitos.

Entre ellos, la **violencia doméstica** (originada en el entorno familiar en sentido amplio, incluyendo matrimonios, uniones de hecho, parejas o noviazgos, en relaciones vigentes o pasadas); y la **violencia institucional** (realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública).

Además, la Ley Integral de Violencia avanza en la descripción de lineamientos de políticas públicas con el objetivo de impulsar la articulación entre diversos ámbitos institucionales y niveles jurisdiccionales. Este mandato implica reconocer la necesidad de avanzar con políticas integrales frente a un problema complejo, multifacético y que obedece a diversas causas.

Así, la Ley 26.485 establece las siguientes obligaciones para el Ministerio de Salud de la Nación:

- Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la mujer;
- Promover la discusión y adopción de los instrumentos aprobados por el Ministerio en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito del Consejo Federal de Salud;
- Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios;
- Promover servicios o programas con equipos interdisciplinarios especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres y/o de quienes la ejerzan con la utilización de protocolos de atención y derivación;
- Impulsar la aplicación de un registro de las personas asistidas por situaciones de violencia contra las mujeres, que coordine los niveles nacionales y provinciales;
- Asegurar la asistencia especializada de los/as hijos/as testigos de violencia;
- Promover acuerdos con la Superintendencia de Servicios de Salud a fin de incluir programas de prevención y asistencia de la violencia contra las mujeres en los establecimientos médico-asistenciales, de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga, los que deberán incorporarlas en su cobertura en igualdad de condiciones con otras prestaciones;
- Alentar la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género;
- Promover, en el marco del Consejo Federal de Salud, el seguimiento y monitoreo de la aplicación de los protocolos. Para ello, los organismos nacionales y provinciales podrán celebrar convenios con instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

Existen una gran variedad de protocolos de atención para situaciones de violencia sexual adoptados por diversos organismos y jurisdicciones. Sin embargo, en el curso de la investigación se corroboró el bajo conocimiento y aplicación de estos instrumentos.

| Instrumento | Sector / Jurisdicción |
|---|---|
| Protocolo de Acción ante víctimas de violación (Resolución 2557 / 2003) | Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires |
| Designación del Hospital T. Álvarez como unidad de Referencia para la Asistencia a la Víctima de Violación de la CABA y responsable de impulsar en los otros hospitales públicos de la red, la creación de grupos interdisciplinarios para víctimas de violencia (Resolución 2127 / 2004) | Secretaría de Salud, Dirección General de Hospitales |
| Creación de los Comités sobre Prevención, Detección y Asistencia de Casos de Violencia y/o Abuso Intrafamiliar (Resolución 726 / 2006) | Ministerio de Salud. CABA |
| Protocolo de Detección y Asistencia a Mujeres Víctimas de Maltrato | Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires - Programa Provincial de Prevención y atención de la violencia familiar y de género |
| Protocolo Violencia Sexual | Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires - Programa Provincial de Prevención y atención de la violencia familiar y de género |
| Protocolo de aborto no punible (Resolución 3146/12) | Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires - Programa Provincial de Prevención y atención de la violencia familiar y de género |
| Protocolo para la detección, intervención y notificación de maltrato infantil | Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires - Programa Provincial de Prevención y atención de la violencia familiar y de género |
| Protocolo de acción ante víctimas de violación | Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires - Programa Provincial de Prevención y atención de la violencia familiar y de género |
| Protocolo y Guía de prevención y atención a víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención | Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires - Programa Provincial de Prevención y atención de la violencia familiar y de género |
| Protocolo de actuación del personal policial de las Comisarías de la Mujer y la Familia y de los profesionales de los equipos interdisciplinarios para la atención de las víctimas de violencia familiar (Resolución 3412/08) | Ministerio de Justicia y Seguridad. Provincia de Buenos Aires |
| Protocolo de organización y funcionamiento de los equipos interdisciplinarios para la atención de víctimas de violencia de género (Resolución 58/12) | Ministerio de Justicia y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires - Dirección General de Coordinación de políticas de género |

| Instrumento | Sector / Jurisdicción |
|--|---|
| Protocolos para víctimas de delito contra la integridad sexual | Corte Suprema de Justicia de la Nación |
| Guía Técnica para la atención de abortos no punibles | Ministerio de Salud de la Nación |
| Protocolo Nacional para la atención integral a las víctimas de violencia sexual | Ministerio de Salud de la Nación |
| Protocolo de intervención policial para la atención, orientación y derivación de personas víctimas de violencia familiar | Policía |
| Protocolo de atención en casos de violencia doméstica y acoso sexual dentro de las Fuerzas Armadas | Ministerio de Defensa. Fuerzas Armadas |
| Protocolo de asistencia a víctimas de explotación sexual infantil y trata de personas | Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia / Intersectorial |

Fuente: Elaboración propia sobre la base del relevamiento realizado.

La investigación realizada dio muestras del poco conocimiento que los equipos de salud tienen de los protocolos vigentes para la atención de diversas formas de violencia, generando un llamado de atención sobre la necesidad de profundizar el trabajo de su difusión, aplicación, monitoreo y evaluación.

La atención de la violencia intrafamiliar en el ámbito de la salud de CABA y GBA

En Argentina el aborto es legal en los supuestos previstos por el artículo 86 del Código Penal:

- en caso de peligro para la vida de la mujer;
- en caso de peligro para la salud de la mujer; y
- en todos los casos de violación¹

[1] Así lo estableció la Corte Suprema de Justicia de la Nación en marzo de 2012, en el caso "FAL s/ medida autosatisfactiva".

Sin embargo, en muchos ámbitos de atención de la salud todavía se mantienen las barreras de acceso a esta práctica. En particular, se pasan por alto situaciones que no se identifican adecuadamente como casos de violencia sexual en parejas y ex parejas, y no se informa sobre el derecho ni se garantiza el acceso a la interrupción legal de esos embarazos forzados.

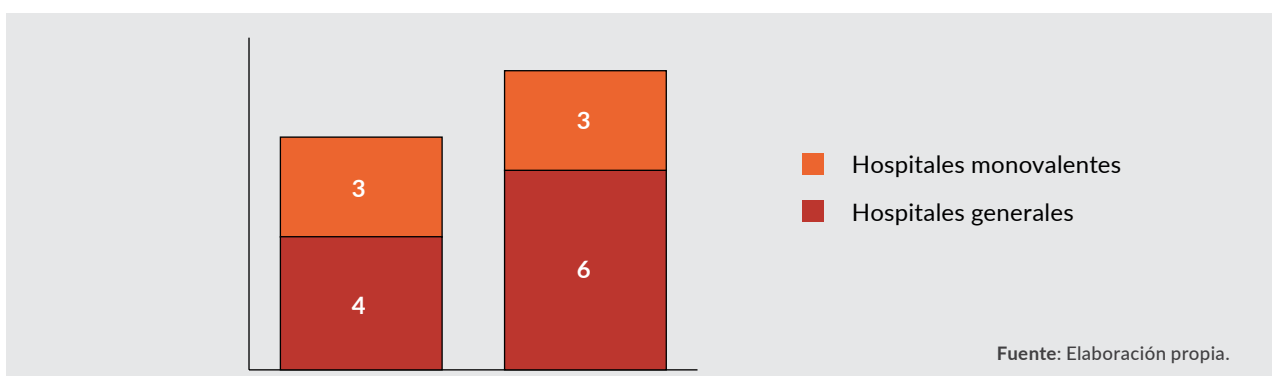
Para garantizar el acceso a este derecho, es necesario mejorar el conocimiento de las situaciones de violencia sexual que se suceden en el marco de las relaciones intrafamiliares, identificando las respuestas institucionales que favorecen la adecuada atención de la salud de las mujeres de un modo integral.

Este estudio, de carácter exploratorio descriptivo y realizado entre junio y agosto de 2014, se valió de metodología cualitativa a través de entrevistas a informantes clave². En primer lugar se realizó un mapeo de los servicios hospitalarios en CABA que trabajan en el área de violencia intrafamiliar, relevando información de 16 servicios hospitalarios. Para una aproximación a la situación en el GBA se contactaron dos servicios de salud y un centro especializado en violencia, en los que se tomó contacto con referentes y responsables de servicios y programas, seleccionado efectores que tuvieran algún dispositivo o equipo dedicado al abordaje de la violencia.

Las dificultades para la corroboración de datos en el proceso de mapeo a partir de tres directorios oficiales constituye el primer hallazgo de la investigación. Se constataron importantes **limitaciones en el acceso a la información respecto de los servicios disponibles**: las personas a cargo de recibir los llamados en hospitales no siempre cuentan con información sobre los equipos de violencia y sobre personas referentes que figuran en los directorios está actualizada.

De los 16 hospitales relevados en CABA, menos de la mitad (44%) cuentan con servicios de violencia contra las mujeres. En 4 de los 7 casos, se trata de hospitales generales.

Servicios de Violencia en hospitales relevados de CABA 2014. Total 16.



[2] Se realizaron 9 entrevistas semiestructuradas a profesionales integrantes de equipo y/ o comités con trabajo en violencia: 2 médicas, 6 psicólogas y una trabajadora social. Además, se seleccionaron efectores hospitalarios que brindan servicios de aborto legal y se realizaron 5 entrevistas: 4 médicas y una trabajadora social. Todas las personas entrevistadas fueron mujeres que se desempeñan como coordinadoras/ responsables de área o jefas de servicio (la mitad de ellas tienen entre 55 y 60 años). Dos de las entrevistadas pertenecían a ambos equipos (de atención de violencia y de provisión de abortos legales) por lo cual se les aplicó los dos instrumentos de entrevista.

Exceptuando los dispositivos que funcionan en hospitales monovalentes (que prestan asistencia en una especialidad, tal como salud mental o ciertas enfermedades específicas) que trabajan con pacientes de la propia institución, el resto de los hospitales es de carácter abierto, donde se prestan servicios de salud en varias especialidades. En el caso de los servicios de GBA, a uno acceden personas de 4 localidades vecinas y otro restringe la atención a mujeres residentes en el partido (argumentando que se debe a la extensa demanda).

➤ ¿Cómo están conformados los servicios?

En la mayoría de los servicios de salud donde se realizaron entrevistas existen equipos, personas y/ o dispositivos específicos para la atención de casos de violencia doméstica.

La conformación de estos espacios es variada, aunque predominan las psicólogas y psicólogos. El equipo más completo incluye profesionales de medicina especialistas en pediatría y ginecología, así como trabajadoras sociales y una abogada. Otros equipos trabajan en interconsulta con otros servicios, en particular psiquiatría y servicio social. En la mayoría de los casos, como se describe más adelante, se señalan dificultades de articulación institucional.

➤ ¿Cómo se lleva adelante la atención?

Los modos de intervención se dividen en dos modalidades terapéuticas: grupales o individuales. En el dispositivo grupal, se promueven redes de identificación de las mujeres, teniendo en cuenta que las situaciones de violencia crónica producen en ellas aislamiento de su entorno, lo cual aumenta la dependencia e incide en sentimientos de menoscabo, inadecuación. En los dispositivos individuales se promueve la implicación de la mujer en lo que le sucede y el empoderamiento en torno a ser protagonista de sus decisiones.

Si bien las modalidades de atención son diversas, predomina el abordaje individual. Esto no significa necesariamente que brinden tratamiento psicológico sino que se trata de “detección y orientación psicológica individual y si se instalada el vínculo recibe atención por consultorios externos”.

Respecto de la orientación legal, no todos los servicios cuentan con abogadas o agogados. Sin embargo, los psicólogos explican “la implicancia de la denuncia, los canales civil y penal”

“cuando hay que explicarle a la mujer como haga la denuncia, ahí entra la abogada, hace el seguimiento de los expedientes, como van las restricciones perimetrales, cuando vencen ... [se brinda] asesoramiento y seguimiento, no se patrocina”.

Solo en cuatro casos señalaron que desde el servicio realizan seguimiento del caso:

“El seguimiento de las pacientes (del grupo) es un mes después de haberle dado el alta ..., las volvemos a citar para ver como están, o nos comunicamos por teléfono con ellas”.

“Entrevistas, visitas domiciliarias, relevamiento de la zona en donde vive [la] paciente. Entrevista e intervenciones con instituciones pertinentes, a fin de asistir al paciente dentro y fuera del Hospital. Es decir una vez dado el egreso hospitalario, se realiza seguimiento de la situación en términos de salud”.

“Hacemos un asesoramiento y seguimiento ... Gestiones de recursos hay de todo tipo, desde el bolsón de alimento, para algunas mujeres que se fueron de la casa y no tienen redes de contención, hay que conseguirles un hogar, tenemos un convenio con un hotel, cuando no se consigue rápido un hogar para que se queden unos días”

En relación con la confección de informes para los Juzgados uno de los efectores plantea “... uno por semana estamos haciendo”. En uno de los efectores la tarea de comunicaciones intersectoriales e informes para juzgados estaría a cargo del comité de violencia que cuenta con un asesor letrado.

La modalidad de atención de violencia en uno de los hospitales (psiquiátrico) es el tratamiento psicoterapéutico grupal semanal mientras que en otros dos de los hospitales contactados, cuentan con un grupo de asistencia para mujeres y también para hombres que ejercen violencia.

“En el grupo de mujeres que manejo yo lo que hacemos es que pase por el equipo de violencia primero por admisión general y si para la gente de admisión amerita que vaya al grupo de mujeres víctimas, me deriva a mí y yo los miércoles a las 11 de la mañana hago las entrevistas de admisión exclusivamente para [ese] grupo y de ahí destino si van para grupo o no. A veces no encajan con el perfil”.

Las instancias de trabajo grupal se caracterizan como espacios psicoeducativos, multifamiliar o grupos de reflexión:

“2 o 3 entrevistas individuales, para seguir desentrañando en que momento está, qué recursos tiene y si está en condición la derivamos al grupo de reflexión, que ya queda ahí y trabaja todo el año En caso en que veamos que no está para el grupo de reflexión, porque tiene algún impedimento para trabajar en grupo, se lo atiende individualmente ...”.

► ¿Cuál es el recorrido de las mujeres que llegan a los servicios de salud?

La mayoría de las mujeres llegan a los servicios de los hospitales generales por demanda espontánea y derivadas de otros servicios del hospital, incluyendo el servicio de guardia:

“las derivan por ejemplo traumatología (mujeres que tienen golpes producto de violencia familiar), o servicio social”

“... el que deriva más es el equipo de clínica médica. Pacientes que consultan por problemas orgánicos y son detectadas, aparece algo de esto entonces las derivan”.

En algunos casos, las mujeres acceden por una instancia denominada “de admisión”: un día y horario fijo de la semana en los que se asignan turnos espontáneos, no programados de primera o segunda vez. En menor medida, las mujeres llegan por derivación judicial, por el servicio de emergencias médicas (SAME), por las brigadas de atención del Programa “Las Víctimas contra las Violencias” del Ministerio de Justicia de la Nación, por la atención en la sala de internación, o derivadas por escuelas u otras instituciones. En algunos casos, también acceden por derivación de dependencias municipales como acción social o empleo: “son los que están en el territorio y van detectando los casos”.

► ¿Qué mujeres recurren a los servicios de salud?

Si bien la violencia afecta a mujeres de todos los niveles socioeducativos y todas las edades, quienes recurren a los servicios públicos de salud, de justicia o de atención social, son en su mayoría mujeres jóvenes y de sectores económicos medios o bajos.

Esto se corrobora en las entrevistas respecto de las mujeres atendidas en los ámbitos de salud estudiados de CABA y GBA. De acuerdo con las personas entrevistadas, se trata de población relativamente joven (entre 25 y 35 años) que proviene generalmente “... de sectores empobrecidos, pero es variado. Más del 50% de las mujeres tienen el secundario completo. No es que es un problema de mujeres pobres”.

“En el hospital el perfil socioeconómico de la mujer es mediano para abajo, hay muchas mujeres muy humildes de países limítrofes, por ahí se han venido a vivir acá, bastantes ... También vienen muchas mujeres de clase media, no te digo que vienen mujeres muy acomodadas porque acá no lo hay. En otro momento si venían porque había muchas derivaciones judiciales y ahí si venían mujeres de un nivel medio, medio. De todas las edades desde 18 con noviazgos violentos hasta 70 años”.

Asociada a una situación de vulnerabilidad incrementada, en cuatro de los efectores de salud se menciona la presencia de mujeres migrantes que identifican por sus nacionalidades de origen: en su mayoría Paraguay, Bolivia, Perú o Centroamérica.

En la mitad de los efectores de salud entrevistados los casos atendidos se registran en las historias clínicas generales o de salud mental. En otros, se creó un registro especial propio para casos de violencia. Finalmente, uno de los servicios utiliza una encuesta autoadministrada en la que solicitan datos tales como el tiempo que lleva el vínculo violento, el tipo de violencia (física, emocional, sexual) sufrida en el caso que motiva la consulta o con anterioridad a lo largo de su vida.

Los registros no son públicos y conforman intentos de los equipos o de algunos profesionales para sistematizar la información que, de acuerdo con los datos relevados, parece ir en aumento. Sin embargo, no se observa una práctica institucional de registro de los casos ni de uso posterior de la información recabada.

► ¿Cómo funciona la articulación con otras instituciones?

Las políticas públicas indicadas por la Ley Integral de Violencia para el trabajo desde el sector de atención de la salud incluye la promoción de servicios o programas con equipos interdisciplinarios especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres con la utilización de protocolos de atención y derivación.

Sólo en 4 de los efectores de salud entrevistados, las profesionales mencionaron tener conocimiento preciso de la aplicación de protocolos para los casos de violencia sexual.

En un effector se hizo referencia a un protocolo³ señalando que no lo consideraron adecuado:

“creemos que es re-victimizante y que los que no ven a las víctimas desde la salud creen que un profesional puede dedicarse a llenar hojas y hojas. Lo importante son las víctimas, ese protocolo es para Justicia, no tiene nada de lo biopsicosocial”.

De acuerdo con otra opinión, la implementación del protocolo generó costos significativos *“... había mucha resistencia. Requirió numerosas reuniones con la Dirección. Hay que estar atrás”.*

De las profesionales que trabajan o coordinan equipos de violencia intrafamiliar, 7 mencionaron algún tipo de articulación interinstitucional aunque en su mayoría ésta es producto de su iniciativa personal y no consecuencia de una práctica pública de política institucional. En CABA dos efectores valoraron positivamente el trabajo articulado con la línea telefónica de atención de emergencias 137 (del Programa Las Víctimas Contra las Violencias, del Ministerio de Justicia de la Nación) para el acompañamiento de la mujer.

En mayor medida en GBA se hizo alusión al trabajo con otros servicios pero no necesariamente del sistema de atención de la salud:

“Trabajamos con los servicios locales, zonales, escuelas, Unidades Sanitarias, Juzgados, Fiscalías, agentes comunitarios y organizaciones barriales. Articulamos con equipo de violencia de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, con el equipo de Desarrollo Social abocado al trabajo con las cooperativas Argentina Trabaja y Ellas Hacen, y con redes de salud.”

En un solo caso se hizo referencia al Comité de Violencia que funciona en el ámbito del mismo Hospital como el encargado de realizar las articulaciones necesarias:

“El Comité de Violencia absorbe esa función de articular, ver recursos, hablar con juzgados, el Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”

[3] Se refiere al Protocolo de Actuación Médico Pericial. Convenio de Cooperación Ministerio de Salud CABA - Corte Suprema de Justicia de la Nación, de mayo 2011.

Las personas entrevistadas en los hospitales de CABA (exceptuando dos) mencionaron que conocían y derivaban a otros efectores del Gobierno de la Ciudad aunque de acuerdo con los testimonios no en todos los casos dicha derivación se enmarcaba en una articulación interinstitucional cuidadosa, con previo contacto del servicio de derivación a fin de garantizar la debida atención de la mujer cuyo caso se deriva.

Las prácticas de articulación interinstitucional son en su mayoría producto de la iniciativa personal de diversos integrantes de los equipos de salud, antes que consecuencia de una práctica pública de política institucional.

Percepción y experiencias de los equipos de salud en relación con la violencia sexual y el derecho al aborto

Una encuesta realizada en CABA en 2015 brinda información sobre las dimensiones la violencia en las relaciones de parejas y ex parejas, y revela que el 15% de las mujeres manifestó haber sido víctima de violencia sexual a lo largo de su vida. Un 11,7% lo fue de violencia sexual moderada (incluye acciones como haber tenido relaciones sexuales sin desearlas, o realizar actor sexuales con los que no estaba de acuerdo o no se sentía cómoda); mientras que un 3,8% afirmó haber sido sometida a conductas de violencia sexual severa, como por ejemplo que un compañero haya empleado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque ella no quería, u obligarla a tener relaciones sexuales (Gherardi y Martelotte, 2016).

Los datos de la encuesta reafirman que las personas que ejercen violencia sexual pertenecen generalmente del entorno cercano de las mujeres: en casi la mitad de los casos se trataba de una pareja o esposo (actual o pasado), seguido por personas conocidas (vecino o amigo) en el 7% de los casos. La violencia sexual perpetrada por una persona desconocida alcanza a menos del 5% de los casos. Esta información es sumamente relevante al momento de pensar en la espacios integrales de atención en los casos de violencia sexual: la privacidad que se brinde a la mujer, la escucha y el compromiso de confidencialidad por parte de las personas que integran los equipos de atención son elementos fundamentales para que las mujeres puedan contar con las condiciones necesarias para pedir ayuda.

Por otra parte, las evidencias coinciden en señalar que sólo el 24% de las mujeres recibe atención médica luego de una violación (Lara, 2003) y que entre el 10 y 15% resultan embarazadas (Bergallo y González Vélez, 2012).

Estos datos llevan a preguntarse en qué medida esta realidad se ve reflejada en el funcionamiento de equipos de salud. ¿Cuál es la percepción de los servicios de salud respecto de la violencia sexual y el derecho a acceder a un aborto legal por la causal violación? ¿Cómo funciona la articulación con otros servicios?

► **Conceptualización, percepción y sensibilización sobre la violencia sexual**

Las profesionales entrevistadas mostraron mayor experiencia en la atención de la violencia hacia las mujeres en general que respecto de las situaciones específicas de violencia sexual. La violencia sexual es identificada como uno de los tipos de violencia que abordan los equipos de salud. En algunos casos se especifica que en general la violencia psíquica y física que sufren algunas de las mujeres por parte de parejas o ex parejas, está acompañada de violencia sexual. Si bien reconocían la existencia de la violencia sexual intrafamiliar por parte de parejas y ex parejas, no tenían mayor experiencia en el manejo de estos casos.

La mayor parte de los equipos entrevistados coincide en que la mayoría de las mujeres víctimas de violación son sometidas por sus parejas, mientras que es menos significativa la cantidad de mujeres víctimas de violencia sexual por parte de extraños en la vía pública. Sin embargo, con excepción de uno de los equipos de CABA que atiende violencia sexual específicamente, la mayoría de las personas entrevistadas refiere no tener experiencia en los casos de violencia sexual sufrida por las mujeres por parte de sus parejas, ya que sostienen que las propias mujeres no visibilizan la situación o por pudor evitan contar lo que les sucede.

“... no vienen muchas mujeres que sufren violencia sexual, las que llegan son pocas y menos si es por parte del marido. Yo creo que es porque esta naturalizado para la mujer, como naturalizan la violencia lo mismo pasa con el tema sexual”.

En referencia a la utilización de protocolos de atención vigentes, los equipos diferencian la atención en la urgencia de una mujer que ha sufrido violencia sexual y el uso de la profilaxis, que se resuelve en el sector de Guardia, de las situaciones crónicas en que una mujer accede a la atención que brindan los equipos entrevistados. El modo diferencial de abordaje lo define el carácter reciente de una situación de violencia sexual, para así aplicar o no el kit de profilaxis post exposición. Cuando la violencia sexual sufrida por una mujer de parte de su pareja es crónica, las intervenciones se dan en el marco de la violencia en general.

Respecto del enfoque con el que se trabaja, los equipos de salud consultados en general se encuadran dentro de una perspectiva de género y de derechos, o bien enmarcan sus prácticas en la salud entendida en términos integrales. En cuanto a los relatos de las mujeres, en general, las personas entrevistadas no dudan de la veracidad de la palabra de las mujeres. En ocasiones esta situación se pone de manifiesto con la aclaración de que el servicio no requiere denuncias por violación, que solo basta la declaración de la mujer. En otros casos se expresa directamente:

“Yo le creo a las mujeres. Es un proceso que haces cuando estás en el tema. No son temas que uno venga trabajando en su formación, te aparecen acá en el hospital”.

En ese sentido, se problematiza la falta de una prueba o evidencia que se encuadre en la racionalidad médico-científica propia de la práctica profesional, y se rescata la formación que se adquiere en el transcurso de la trayectoria profesional ya que no la reciben en el marco de su formación académica.

Incluso alguna de las entrevistadas puntualizó al respecto que su función se distingue de la de un agente de seguridad. “Le creemos a la víctima, yo no soy policía”.

Las profesionales entrevistadas describen la violencia sexual desde distintas conceptualizaciones:

- Como un problema de salud psíquica de la mujer, por lo cual ella misma tendrá que ubicar lo que le sucede:

“... Llegado el caso de violencia sexual, de estar forzadas en una relación a tener sexo, hay que trabajar ¿cómo esa mujer llega a esa situación? ¿qué ha sucedido en su vida con las elecciones que hizo?”

- Como una problemática vincular en que se puede trabajar con la mujer y el agresor, en un contexto en el que quien tiene el trastorno psíquico es la mujer:

“Nosotras citamos al compañero o pareja ‘para hablarle’ para que se vea por qué pasan esas situaciones ... muchas veces se solucionan y las mujeres regresan como pacientes [al servicio de salud]”.

- Como un problema de salud pública atravesado por factores subjetivos, de género, y derechos donde se apunta a empoderar a las mujeres en un proceso de autonomía.

- Como independiente de la violencia de género, cuando se trata de un episodio aislado

“Una violación es un hecho traumático, pero que se puede elaborar con los recursos que tenga la mujer, pero la violencia de género es sistemática, por eso requiere otro tipo de abordaje”.

Por otro lado, desde el punto de vista de las profesionales, la violencia sexual es algo que incomoda a las mujeres ya que les resulta difícil hablar de ello. Sin embargo, las mismas profesionales establecen espacios diferenciados de intervención (la Guardia, el uso de los protocolos, la atención de la urgencia, la cronicidad) que pueden dificultar el abordaje del tema y por lo tanto no suelen preguntar por este tipo de violencia.

“Por general no preguntamos eso. Por ahí podemos hacer preguntas indirectas ... Pero tiene que darse algo que esa mujer habilite”

“la violencia sexual es traumática y preguntar genera mayor vulnerabilidad”

En otras entrevistas se observa un rol activo de sensibilización respecto de las situaciones de violencia en las mujeres, por parte del equipo de salud.

En muchos casos, las usuarias no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente porque subsiste la idea de que se trata de situaciones del ámbito familiar, privado, ya sea por el rol de la mujer en la relación conyugal como por la

identificación de la sexualidad con el orden de lo íntimo. Esta consideración en ocasiones es compartida por las mujeres y algunos de los profesionales, aun cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda enfáticamente: “No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa”(OMS, 1998).

Sólo uno de los equipos entrevistados trabaja específicamente en violencia sexual. Allí, las profesionales marcan la importancia de la sensibilización en la temática de los distintos profesionales de la salud que toman contacto con la mujer de modo de facilitar la derivación desde otros servicios cuando detectan que esa mujer está sufriendo situaciones de violencia.

“La mujer no lo visualiza como una violación, pero el equipo sí”. “Ahí si somos responsables como equipo de salud en poderlo hacer ...”.

“Para eso estamos nosotros, para decirle ‘esto es una violación’, ‘si vos tenés relaciones y no querés, te están violando’. Para mí eso es suficiente. El relato de una mujer que viene y está implicada en una situación de violencia y quedó embarazada tendría que ser suficiente”.

“Todos los casos que tuvimos fueron bastantes, puedo decir más de 500 [consejerías] ... situaciones aproximadamente, más de 100, 120 fueron [abortos] no punibles pero muy pocos solicitados [directamente por la mujer], no sé si llegaron a 10, el resto son marcadas por el equipo”.

Sin embargo, algunas entrevistas evidencian dificultades para analizar con perspectiva de género y desde un enfoque integral las situaciones de violación.

“¿Podemos decir que las relaciones sexuales son consentidas en una relación donde hay violencia? pero bueno, eso se va viendo...”

► ¿Cómo funciona la articulación con otros servicios?

La interdisciplinariedad no es la regla para la atención de los casos de violencia sexual. A excepción de uno de los equipos entrevistados en el que sostienen que desde que recibe a la mujer cuentan con la escucha de dos profesionales de diferentes disciplinas (“nosotros trabajamos en dupla”), algunos de los profesionales entrevistados incluso manifiestan sentimientos de soledad, de desarticulación institucional o sobrecarga de tareas:

“Es un equipo, pero en realidad muy disgregado ... No hay un contacto muy continuo... Hace años hubo un equipo bien formado, pero después sacan a la gente, el equipo va cambiando y es como empezar de nuevo.”

Así es como en algunos equipos la violencia sexual aparece como un fenómeno desagregado donde los equipos se ocupan sólo de una parte y si articulan con otras instituciones se debe a la ausencia de profesionales que se encarguen de otros aspectos de la atención:

“... nosotras nos vemos llamando a los juzgados y todo eso, acá Servicio Social no hace mucho.”

En los equipos donde se lleva adelante una articulación interinstitucional relevante, las entrevistadas poseen información sobre dispositivos, programas y profesionales de otras instituciones, generándose esquemas en torno a las dimensiones que componen a la violencia sexual. En uno de los casos es el modo de trabajo individual de la persona entrevistada y no del total de profesionales que forman el equipo:

“Esto lo hago yo en articulación con el 137, después me llama la gente de Acceso a la Justicia (del Ministerio de la Justicia de Nación) de la Villa 20, después hacemos la articulación con el Ministerio Público Fiscal en conjunto.”

“El Comité de violencia absorbe esa función de articular, ver recursos, hablar con juzgados”

“Nosotros trabajamos mucho con los equipos de la [unidad de gestión municipal] que son los que están en el territorio, que son los que pueden ir a la casa, pueden hacer un seguimiento más en territorio. Y trabajamos con el equipo de niñez. Y con juzgados. Poco trabajo con salud ... derivamos a psicopatología y para alguna interconsulta médica”.

La falta de articulación intersectorial fue notoria en uno de los efectores en donde se garantiza la práctica de aborto legal y a su vez funciona un equipo que trabaja específicamente en el tema de violencia. Ambos sectores se encuentran desarticulados desconociendo el funcionamiento uno del otro. Cuando se realiza, la articulación sigue una dinámica de derivación. Las mujeres que atravesaron situaciones de violencia sexual llegan en algunos casos a los servicios que brindan prácticas de aborto legal derivadas por otros efectores o distintos programas.

► ¿Cuál es el grado de conocimiento del derecho al aborto por causal violación en los equipos que trabajan en atención de violencia sexual?

La atención de la violencia sexual en forma segmentada, como partes inconexas de un fenómeno complejo, genera un preocupante grado de desconocimiento para abordar esta forma de violencia de manera integral: en varias entrevistas ante la pregunta por las causales de aborto legal y la experiencia que tenían en el efector, aparecían las respuestas “si querés pregunto” o “te averiguo”:

“Hay un Comité de Aborto No Punible. Yo no sé cómo está formado el equipo, si querés te averiguo, no nos atañe. Yo formaba parte de ese comité antes, pero ahora en este equipo no es un tema para nosotros, no porque no nos importe, sino porque no hay una casuística nuestra.”

“Yo te diría que algunos saben y otro no sobre el aborto, dentro del equipo de violencia, si uno no se abre [y pregunta] a lo que es equipo de salud mental yo te diría que el 80% no lo sabe. Así como te diría que el 90% no sabe cómo abordar una víctima de violencia.”

Así, mientras que una de las profesionales entrevistadas afirma enfáticamente “Es el derecho de la mujer ... lo que prevalece

es su voluntad”, otras profesionales desconocen el tema o no se perciben a sí mismas como agentes involucradas en garantizar el efectivo acceso a ese derecho.

Solo una de las profesionales entrevistadas (médica tocoginecóloga) - que forma parte del equipo de violencia sexual- participa de las consejerías pre y pos aborto, y realiza a su vez interrupciones legales del embarazo. Para articular entre las consejerías y la práctica del aborto legal no se registra la existencia de un equipo, sino que la tarea está a cargo de tocoginecologas y obstetras de guardia, durante tres días de la semana.

El nivel de desconocimiento en algunos efectores es alarmante. En uno de los casos se sostiene que para acceder a un aborto es necesario solicitarlo ante la Justicia. En otro, se coloca al aborto como una cuestión privada de la pareja, lo cual excluye la visibilización de la causal violación. Una entrevistada plantea que no solicitarían judicialmente la autorización para el aborto porque “y si después la mujer se arregla con el marido?”, mostrando un razonamiento que se ampara en un paradigma de la violencia contra las mujeres como un asunto privado que desconoce el contexto en el que se presenta la situación de violencia en la pareja y el derecho de esa mujer a una vida libre de violencia.

Solo tres de los equipos entrevistados tienen experiencias de interrupción legal del embarazo por causal salud y por causal violación. Estas experiencias tienen relación directa con el modo en que conceptualizan la violencia hacia las mujeres -más específicamente la violencia sexual- y los modos de abordaje, atravesados por la integralidad de la atención y la intersectorialidad en la organización del trabajo:

“Son mujeres que durante años no tomaron ninguna decisión sobre sus vidas y por ahí tomar una decisión tan contraria al entorno cultural ... Yo creo que habría que trabajar la relación de la mujer con su propio cuerpo, la relación de tomar decisiones del propio cuerpo. El tema del placer y el dolor está muy desfigurado en estas mujeres.”

“La idea nuestra es fortalecer a la mujer para que puedan sostener decisiones, por ahí decisiones que a nosotras nos parecen muy pequeñas, como elegirte la ropa por ejemplo, que para nosotras es natural, pero a ellas le cuesta”.

Solo dos entrevistadas ubican la edad (mayores o menores de edad) y el modo de la violencia sexual sufrida (ataque por un desconocido o por la pareja) como obstáculos o facilitadores respecto de la práctica de interrupción legal del embarazo. Estas profesionales consideran que muchas veces constituye un obstáculo para el acceso a la práctica ser mayor de edad y haber sido violada por la pareja, mostrando los prejuicios que atraviesan las mujeres en el marco de la atención para que se dé la debida credibilidad a su palabra.

➤ **Conceptualización, percepción y sensibilización sobre la causal violación en casos de violencia intrafamiliar**

Existen diferencias respecto de la identificación de las causales que habilitan la interrupción legal del embarazo. Los servicios de salud acuerdan en la legalidad de la interrupción del embarazo en casos de violación de una niña o adolescente o de una mujer con discapacidad psicosocial. Los conflictos y diferencias de opinión se presentan respecto de la violencia sexual cuando se trata de mujeres adultas.

“... por el lado de la violación intramarital y lo de las fiestas (por tema alcohol y drogas) ... El contexto de fiestas o salidas en donde posteriormente no recuerdan que sucedió pero aparecen sin ropa interior o en la casa de alguien ...”.

“Personalmente (esto es una postura personal, no sé si en el servicio tienen todos la misma postura) me parece que la violación es un término muy amplio que incluye multiplicidad de situaciones que a veces no se dirimen fácilmente”

“Son mujeres que están en situaciones [muy complejas] y peor es seguir con un embarazo que no desean y que alguien les impuso”.

“Cada vez se presentan más mujeres víctima de violaciones por parte de conocidos (familiares, parejas, ex parejas). Antes era más común la víctima callejera, pero yo creo que es porque las mujeres se animan más a decir lo que están viviendo”.

La falta de un marco de análisis desde una perspectiva de género y desde una concepción integral y no segmentada de la violencia contra las mujeres debilita las respuestas que se dan al momento de garantizar el acceso a interrupciones legales del embarazo. Tanto la solicitud de interrupción del embarazo por parte de las mujeres, como la aplicación efectiva de la causal violación, parecen estar sujetas a ese plano de las conceptualizaciones.

En uno de los efectores se pudo establecer que los motivos que recibieron para solicitar la interrupción legal del embarazo fueron principalmente malformaciones fetales “... *anencefalia, que son detectados y evaluados por el consultorio de patología prenatal si se determina malformaciones, incompatibilidad con la vida, se actúa para que se cumpla con la ley*”. En comparación, sostienen que interrupciones voluntarias de embarazos “por violación son muy pocas”. Pero es importante señalar que en el mismo efector, sin embargo, se identificaba la presencia de

“... muchas adolescentes, madres de 12, 13 años. Últimamente muchas de 13 y 14 años. Muchos de esos embarazos son producto de relaciones no consentidas”.

La falta de un marco conceptual integral en la atención de la violencia y de la comprensión del alcance del derecho al aborto, dificulta que estos casos sean identificados como embarazos producto de la violación. Esto repercute en la eventual negación de la práctica que pudiera alegar el servicio ante el desconocimiento de su legalidad, pero también, en el incumplimiento del deber de información activa que recae sobre los profesionales.

“... por interrupción llegan. Estas mujeres llegan sin derivación formal. Algunas (pocas) llegan espontáneamente. 70% de las mujeres no sabe del aborto no punible, por eso no lo piden”

“Las mujeres [atendidas], por supuesto, la mayoría son por violencia, pero son situaciones no entendidas como violación por la mujer.”

Un marco de análisis limitado se convierte así en un enorme obstáculo para el acceso al derecho al aborto en los casos de violencia sexual intrafamiliar.

➤ **¿Qué servicios de salud garantizan el acceso a abortos legales en casos de violencia sexual?**

Algunos estudios han descripto las distintas barreras que se interponen entre las mujeres y el acceso a la interrupción legal del embarazo. Un estudio de International Planned Parenthood Federation (2007) las distingue en relación con: (a) la organización de los servicios, (b) su calidad, (c) funcionamiento en forma individual y aislada, sin tiempo para la discusión, reflexión, estudio y debate de las diferentes temáticas como equipo de trabajo a través de la acción u omisión de actores e instituciones del sistema de salud, el sistema judicial y otras instituciones como defensorías públicas, fiscalías, procuraciones; (d) la interpretación y la aplicación del modelo de causales, en especial la causal violación.

A partir de entrevistas realizadas en un hospital monovalente y 2 hospitales generales de CABA se logró caracterizar los servicios que realizan o pueden realizar abortos legales en los casos de violencia sexual. Por su parte, en GBA se relevó la experiencia de un hospital general y la coordinación de los centros de atención primaria de la salud perteneciente a un municipio.

Cuatro de los hospitales cuentan con comités de violencia que se reúnen en forma sistemática. En uno de los casos en GBA, el comité trabaja en la resolución de casos en concreto, mientras que en otro caso de CABA trabaja en la articulación interinstitucional. Los equipos de trabajo no siempre son interdisciplinarios y la percepción es que esta circunstancia dificulta su trabajo:

“En las guardias tratamos de armar el equipo, la ecografista y la tocoginecóloga, pero no hay psicólogo, ni trabajadores sociales, a veces son historias pesadas y uno está solo”.

En otro de los hospitales generales de CABA se destaca que el equipo ha sufrido cierto deterioro a partir de recortes de personal:

“El equipo se ubica en obstetricia, está formado por médicas de obstetricia, psicólogas, trabajadoras social y eventualmente efectores de salud mental, pediatría o especialistas según el caso. Ha pasado por distintas situaciones de disgregación, sobre todo el de violencia sexual que funciona acá, desarticulado de salud mental”.

La falta de coordinación entre los servicios de violencia y los que realizan interrupciones legales del embarazo es evidente al observar que del total de profesionales entrevistadas en el marco de efectores de salud que trabajan en la atención de la violencia contra las mujeres, sólo en dos casos las personas entrevistadas tenían relación directa con quienes realizan las interrupciones legales de embarazo, mientras otros dos conocían a profesionales que lo realizaban en el hospital donde trabajan. En uno de los casos, además, se marcaba la falta de apoyo institucional para la práctica, que queda a cargo de una sola médica ya que el resto de los profesionales del servicio se manifiestan objetores de conciencia.

De esa forma, la provisión de interrupciones legales de embarazos recae en compromisos individuales de ciertas profesionales antes que en lineamientos de política institucional.

➤ **¿Cómo llegan las mujeres a los servicios de salud que realizan abortos legales?**

En los centros de salud que realizan consejería (“consejerías pre y pos-aborto”, “consultorio en opciones” y “consejería para mujeres en situación de aborto”) las y los profesionales asesoran a las mujeres, evalúan con ellas la situación y determinan si es posible considerar el acceso para un aborto legal. En ese caso, si el período de gestación se encuentra dentro de las 12 semanas, se maneja en forma ambulatoria y se le prescribe la medicación que es entregada, contra receta, en la farmacia municipal. En esos casos el equipo interdisciplinario deja constancia de la actuación en la Historia Clínica de la paciente y elabora un informe que certifica que se trata de un caso de aborto legal.

En el hospital (monovalente) el acceso de las mujeres es exclusivamente a través de otro profesional o el servicio de emergencias:

“A consultorios externos casi no llegan estas consultas porque se manejan con turnos programados. Es difícil que una mujer programe un turno para contar que quiere interrumpir su embarazo”.

A uno de los hospitales generales las mujeres llegan en forma espontánea, derivadas por otros profesionales del mismo efector y de otros hospitales o programas del conurbano.

“En general vienen o derivados de otros lugares o por consulta espontánea, porque la gente cada vez más sabe y se apropia de este derecho o vienen porque el servicio también tiene el equipo de atención de víctimas de violación, por ese lado también, pero no son la mayoría”.

“(vienen a ver) a una profesional con nombre y apellido. Derivan de Nación, de la línea, del programa de retención escolar, y de otros colegas que saben que acá se hacen. Es raro que vengan de manera espontánea, porque no saben dónde ir”.

Las personas entrevistadas encuentran que, en general, se trata de mujeres en situación de vulnerabilidad “pero cada vez más todo tipo de mujeres en distintas situaciones” y que son en su mayoría mujeres jóvenes, en edad reproductiva cuya edad es promedio

“... sería los 25 años. En general son mujeres que son usuarias del hospital público, no hemos tenido muchos casos de mujeres que vengan del sistema de salud privada, (prepagas). Hay pero no la mayoría en caso de violación, en otro caso de interrupción legal del embarazo si hay como causal de salud mental, (entonces sí) viene gente que tiene prepagas, es decir sectores privados”.

El perfil de las mujeres que atienden es descripto por una entrevistada de la siguiente manera “la verdad en los últimos años, acá empezó a ver más cobertura, de hecho se invirtió el porcentaje y hay más población con cobertura (de obras sociales). Me parece que a lo largo de los años fue variando mucho el perfil de la mujer, por supuesto que llegan situaciones de vulnerabilidad

extrema, económica, familiar- cultural, de recursos, pero que la verdad que no te diría que es la mayoría ... La edad de la población es más relativa, ni adolescente, que son mujeres que cuesta más que se acerquen por su medio”.

En relación a la práctica en sí de interrupción legal de embarazos, los efectores optan por dos modalidades: con internación de la mujer y de modo ambulatorio. En uno de los hospitales generales se utiliza casi exclusivamente la internación.

“... o sea tenemos que buscar el día de intervención tiene que ser una guardia favorable a la situación. No todas las guardias son muy favorables a esto y decidimos no contar con esos días de internación. Esto implica que se dilate 1 o 2 días la internación, no es gran cosa tampoco y le das tiempo a la mujer para que se organice”.

En el caso de los efectores de atención primaria, se procede de manera ambulatoria de acuerdo a la edad gestacional y *“... los que podemos enmarcar desde atención primaria de la salud (APS), que son los de antes de las 12 semanas, son los que hacemos el tratamiento con misoprostol, para la consejería en general el límite de riesgo lo pone la mujer, para él no punible en APS marcamos el 12.6”.*

Cuando se trata de embarazos más avanzados, las mujeres son derivadas al hospital municipal o a otros efectores que presenten las condiciones para concretar la práctica, según las particularidades del caso.

En otro de los hospitales generales señalan una estrategia combinada. *“Realizamos internación, aunque hay casos que no porque es iatrogénico, y la mujer tiene chicos y no tiene con quien dejarlos. Hacemos seguimiento”.*

La entrevistada del efector que privilegia la realización de la interrupción legal del embarazo con internación, fundamenta extensamente la posición adoptada desde una perspectiva de derechos.

“Podríamos no internarla, o sea podríamos descomplejizar mucho más la intervención, pero la decisión de darle un marco institucional es importante, a pesar de que la mujer puede hacerlo en la casa. Es una intervención de baja complejidad, porque la mujer se puede colocar ella misma misoprostol intravaginal y hacerlo en su casa, como lo hacen muchas mujeres y no tienen riesgo y los embarazos del primer trimestre ni hablar, no tienen riesgo de nada. Pero darle un marco institucional es darle importancia y reforzar el derecho y la legalidad del caso. Tratamos últimamente de que todas se internen”.

En ese servicio respetan el deseo de las mujeres y si ellas prefieren no estar internadas, se respeta esa voluntad. Sin embargo, las profesionales señalan que en su experiencia las mujeres buscan esa contención institucional.

➤ **¿En qué condiciones se trabaja?**

Las entrevistadas observan que la concreción de los abortos legales autorizados por la ley se lleva a cabo sin apoyo institucional *“A veces hay miedo (en los profesionales) por lo legal, por la agresión del propio sistema de salud”.*

Uno de los obstáculos se atribuye al propio personal de salud, a los profesionales.

“Hay poco compromiso médico. De 8 equipos solo 3 están respetando [este derecho], me parece un obstáculo enorme”.

Representa un obstáculo que sólo en algunos efectores de salud pueden entregar la medicación para la interrupción del embarazo. Además, en ciertos casos en los que los médicos evalúan que es mejor que sean atendidos en un hospital ahí encuentran un límite ya que la derivación puede ser complicada. Por momentos se observan tensiones internas, confusión, condena y sentimientos de enojo con otros profesionales que no realizan la práctica de la interrupción legal del embarazo.

“Yo no soy abortera como te dicen algunos, a nadie le gusta hacer un aborto, pero [si no asumimos esta obligación] las mujeres se mueren y eso lo tenemos claro”.

Otra de las entrevistadas marcaba los temores que puede suscitar la práctica.

“El temor es un poco irracional, porque no hay casos de médicos o médicas condenados por esto y no creo que nadie se anime a cuestionarlo. Yo podría argumentar muy bien interrupciones legales enmarcadas en las causales. Con todo lo que me fui formando podría argumentar en cualquier caso, creo, que es legal un aborto, por eso a veces tenemos discusiones internas.”

Algunos profesionales de la salud se niegan a practicar abortos legales esgrimiendo diversos argumentos, entre ellos, que dicha práctica constituiría una trasgresión moral. En todas las entrevistas se afirma que hay objetores de conciencia en el efector en el cual trabajan. En ningún caso se presenta un registro público. En la mayoría de los efectores afirman “se sabe quiénes sí y quienes no”, denotando un conocimiento de las posiciones de sus propios compañeros/as de trabajo:

“Las dificultades serían que no todas las guardias aceptan esto tan tranquilamente”.

En los lugares donde hay registro de profesionales que objetan en conciencia, se trata de una lista que se encuentra en poder de los jefes.

“Hay registro de objetores de conciencia, nos anotamos en una lista que tiene los jefes. En gineco son todos objetores. A mí me indigna es una práctica médica, no te puedes negar”.

En uno de los hospitales donde no hay registro plantean dificultades para realizarlo sin que resulte persecutorio. En el mismo efector comentan que hay objetores en algunos casos y en otros no.

Por otro lado, los registros de casos aparecen como iniciativas que cobran cada vez más relevancia. En la mayoría de los efectores se cuenta con registros de los casos de violencia sexual y de abortos legales. En general, la documentación se asienta en un libro y/ o carpeta “en un sobre se guarda la entrevista con la psicóloga y la asistente social” y para los casos de abortos legales por violencia sexual, se adjunta la declaración jurada de la mujer. Por lo tanto se identifica la presencia de las historias clínicas por un lado y la documentación asentada en un libro en los casos de violencia sexual, por otro.

En uno de los casos, el manejo de la información se articula con la existencia de un observatorio de violencia, a partir del cual se ha confeccionado un instrumento de recolección de información *“inclusive consensuamos una planilla para ir teniendo el registro en cuanto a estadísticas. Cada centro hace el registro para ir sabiendo por donde ingresa la mujer, como para ir conociendo el perfil de la mujer.”*

Los registros son iniciativas individuales, en ocasiones desarticuladas de otras formas de registro y recolección de información dentro del mismo efector de salud.

En síntesis, la investigación exploratoria realizada en algunos efectores de atención de la salud de CABA y GBA muestra que:

- En muchos ámbitos de atención de la salud existen dispositivos especiales destinados a la atención de la problemática de la “violencia familiar”, conformados de diversas formas: en algunos casos son equipos interdisciplinarios y en otros casos hay una persona referente que trabaja en forma individual.
- Las mujeres acceden a esos espacios de atención de forma espontánea o por derivación desde otros servicios (traumatología o clínica médica). En la mayoría de los casos, se trata de mujeres jóvenes, de entre 25 y 35 años de edad, con estudios secundarios completos, y con importante incidencia de población migrante.
- Sólo una de cada cuatro personas entrevistadas conoce la existencia de protocolos de atención específicos para los casos de violencia.
- Sólo la mitad de las personas entrevistadas refieren prácticas de coordinación interinstitucional. Cuando existe, ésta es producto de vínculos personales antes que consecuencia de una práctica pública o política institucional.
- De acuerdo con las personas entrevistadas, las y los profesionales no se sienten cómodos para abordar el tema de la violencia sexual en el marco de las relaciones de pareja si no hay una previa “habilitación” por parte de la mujer, pasando por alto la necesidad de contar con una escucha adecuada para que las mujeres puedan compartir su situación.
- Es bajo el conocimiento sobre la posibilidad de acceder a un aborto legal en el caso de violencia sexual, entre las y los profesionales entrevistados: “hay otro equipo”, “te averiguo”, son respuestas corrientes frente a la entrevista.
- En aquellos espacios de atención de la salud donde se encuentran tanto equipos para trabajar violencia como para abordar la interrupción legal del embarazo, estos están poco vinculados entre sí.

Conclusiones y recomendaciones

Cuando una mujer vive en situación de violencia cotidiana pueden ponerse en juego mecanismos psíquicos que le permiten sostenerse en su cotidianeidad sin grandes montos de angustia. Estos mecanismos (negación, desmentida, ambivalencia afectiva y disociación, entre otros) que en muchos casos son mecanismos defensivos, permiten un modo de respuesta posible frente a una realidad dolorosa. Por eso, en ocasiones las mujeres en situaciones de violencia sexual por parte de parejas no hacen visible esa violencia, ni aún ante sí mismas.

Por otro lado, también las y los profesionales de la salud ponen en juego sus propios mecanismos ante temas que pueden incomodar. La identificación de las y los profesionales con las mujeres que tienen frente a sí, puede provocar distintos sentimientos de omnipotencia o impotencia. Estos sentimientos generan sobreactuación en pos del bien de la mujer (para salvarla o ayudarla), o generan la inhibición de poder preguntarles qué le sucede y cómo se sienten, o enojo frente a respuestas no esperadas por el equipo de profesionales.

La dificultad de visibilización de la violencia sexual se vincula también con aquello que se espera de las “víctimas”: que se presenten de un modo “legítimo”, que se comporten de determinada manera, con ciertos gestos y expresiones que permitan etiquetarlas como “víctimas”, para así articular una respuesta institucional (Teodori, 2013).

Se advierte desde el ejercicio profesional cierto temor a preguntar por la violencia sexual a mujeres que, en general, saben que están atravesando situaciones de violencia de género. Encontramos profesionales que, munidos de escasos elementos técnicos para enfrentar problemas con un fuerte contenido psicosocial, parecen tener conciencia de las herramientas limitadas con que podrían eventualmente responder a una problemática compleja como la violencia familiar, a la que no necesariamente se encuentran en posibilidad de hacer frente.

Se identificaron varios obstáculos para el trabajo coordinado que pueda asegurar el acceso al derecho al aborto en los casos de violencia contra las mujeres en el marco de relaciones de parejas:

- ☑ Dificultades para visibilizar a las mujeres como “víctimas de violencia”, en tanto no se presenten de un modo “legítimo” y que responda a ciertos comportamientos esperados de una víctima.
- ☑ Dificultades por parte de profesionales para indagar sobre situaciones de violencia sexual ante la falta de herramientas y de contención a través de un marco institucional apropiado.
- ☑ Temor a no poder abordar adecuadamente un problema que se identifica como sumamente complejo, sin los recursos institucionales y/o profesionales necesarios.
- ☑ Dificultades para establecer la existencia de las causales de aborto legal ya previstas en la legislación vigente y las condiciones para su aplicación a los casos concretos.
- ☑ Barreras de interpretación de la causal violación provenientes de la incertidumbre, el cuestionamiento y/o la desinformación sobre los términos de las normas vigentes.
- ☑ Falta de inclusión del derecho a la interrupción legal del embarazo en forma directa y clara en los programas de atención a mujeres víctimas de violación y/o violencia familiar.
- ☑ La débil articulación interinstitucional se identifica como un problema vinculado con el modelo del sistema de atención de la salud.

Para abordar de un modo integral el derecho de las mujeres al aborto en los casos previstos por la legislación, es necesaria la elaboración de marcos conceptuales y de estrategias de intervención a nivel de políticas institucionales y de cada servicio. Crear espacios de capacitación, discusión, reflexión dentro del ámbito hospitalario, referidos a derechos sexuales y reproductivos, enmarcados en una perspectiva de género, tanto para profesionales que prestan los servicios como así también para quienes que se encuentran en etapas de formación académica.

La atención de la salud desde un enfoque de derechos subraya que los derechos reconocidos en tratados y pactos internacionales requieren medidas positivas de los Estados para que su vigencia sea efectiva. Estas medidas positivas se traducen en políticas públicas cuya definición corresponde ya sea al Poder Legislativo o al Ejecutivo y cuya implementación se encuentra a cargo de este último (Pautassi, 2010).

Las normas que establecen el modelo de causales de aborto requieren una serie de regulaciones, políticas públicas e iniciativas sanitarias que contribuyan a garantizar su aplicación efectiva a partir de la oferta de servicios de salud accesibles, integrales y de calidad para las mujeres que requieren la interrupción legal del embarazo.

A pesar de que la cantidad de entrevistas realizadas no refleja al total de efectores de salud del Gobierno de la Ciudad y menos aún del Conurbano, los datos obtenidos generan una aproximación a un campo complejo, como es la violencia sexual y su articulación a la práctica de la interrupción legal del embarazo. La exploración de este campo incluyó no solo las precepciones de profesionales entrevistados, sino también la producción de dispositivos institucionales que definen el acceso, la disponibilidad, la calidad y la equidad en salud en torno a la problemática.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

➤ **Disponibilidad:** Se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (considerando médicos, profesionales, técnicos y personal de salud capacitados) y programas, que incluyan los determinantes básicos de la salud (sociales, psicológicos, físicos, económicos)

➤ **Accesibilidad:** Significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población. Lo cual implica:
Accesibilidad física: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población.

Accesibilidad económica (asequibilidad): Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares.

Acceso a la información: Comprende el derecho del paciente a recibir y solicitar toda la información necesaria sobre su situación y el tratamiento que recibirá. Involucra también el derecho a recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Sin embargo, el derecho a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad de los datos personales.

- **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente aceptados. Además deberán ser sensibles a los requisitos del género, clase y etnia.
- **Calidad:** Los establecimientos, servicios, equipamiento e insumos de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad; el personal debe estar capacitado. Es parte de la calidad de los servicios de salud, el trato respetuoso, adecuado y oportuno a las personas que demandan atención⁴.

Para abordar las dificultades identificadas y contribuir a mejorar la atención integral de las mujeres que atraviesan situaciones de violencia sexual en el marco de las relaciones de parejas y ex parejas, es importante tener en cuenta algunas recomendaciones:

- ☑ Generar estrategias para articular intervenciones que respondan al carácter complejo de los problemas, superando un modelo de atención que se sustenta en recortes disciplinarios (que en muchas ocasiones están desbordados en su capacidad de trabajo) y articular saberes en torno los problemas. De este modo se contribuiría a superar la desinformación, fragmentación, y simplificación. De ese modo se contribuye a mejorar la accesibilidad, calidad y la equidad de las prestaciones.
- ☑ Establecer registros adecuados, teniendo en cuenta estándares de calidad de las prestaciones y la posibilidad de circulación de la información respetando el derecho a la confidencialidad. Para ello, es preciso abordar las fallas en los registros que aquejan a los servicios hospitalarios debido a diferentes causas, entre ellas a la falta de adecuación técnica y material para realizar la tarea, a falta de personal, o a las propias dinámicas de trabajo (Deslandes apud Teodori, 2013).
- ☑ Precisar la puerta de entrada adecuada para garantizar la accesibilidad y disponibilidad de la práctica de interrupción legal de los embarazos en casos de violación. La integralidad de la atención de las mujeres requiere que los equipos que atienden violencia familiar estén articulados con la atención de la violencia sexual y fundamentalmente con los servicios que realizan la práctica de aborto, así como las consejerías. La desarticulación va en desmedro de la complejidad del problema y de la calidad de atención.

[3] E/C.12/2000/4, Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) , 11 de agosto de 2000.

- ☑ Promover la constante formación y capacitación de profesionales, ya que el desconocimiento de la información necesaria genera una atención deficiente y recortada con el riesgo de caer en la impotencia o la omnipotencia profesional. Los dispositivos deben concebirse como oportunidades para que las mujeres puedan transformar la situación en la que se encuentran, promoviendo su autonomía, antes que sentirse impulsadas a denunciar, a separarse, a interrumpir sus embarazos o lo opuesto, a solucionar sus problemas, a tranquilizarse y a continuar embarazos forzados.

- ☑ Es central establecer la atención integral de las mujeres como una verdadera política institucional que incluya la existencia de equipos interdisciplinarios, flujogramas de atención, articulación interinstitucional, registro, facilidad en el acceso a la información y a los ámbitos de atención, disponibilidad de la medicación necesaria. Cuando se comprueba la existencia de una política institucional, se observa una sistematización que opera produciendo un orden fundamental para contribuir a que las mujeres atraviesen la situación de vulnerabilidad y de fuerte impacto emocional en el que se encuentran.

Bibliografía

- Bergallo, P; González Vélez, A. C. (2012): Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico, Mesa por la vida y la salud de las mujeres, Bogotá, Colombia.
- Gherardi, N.; Martelotte, L. (2016). "Las cifras de la violencia. Resultados de la primera encuesta de percepción e incidencia sobre violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja en la Ciudad de Buenos Aires". Disponible en www.ela.org.ar
- Organización Mundial de la Salud. (1998) Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario. OMS/OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2013) Violencia Sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19825&Itemid=270&lang=es
- Pautassi L. (2010) "El aporte del enfoque de derechos a las políticas sociales. Una breve revisión". [internet]. (citado el 19 de agosto de 2012). Disponible en: http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/7/37567/LauraPautassi_Derechos_polsoc.pdf
- Teodori C. (2013) A los saltos buscando el "cielo". Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar. Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa) defendida abril 2014 (en prensa).

REDAAS Argentina (Red de Acceso al Aborto Seguro) es una red de profesionales de la salud y el derecho sin ánimo de lucro vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina, que tiene el compromiso de acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico.

La Serie Documentos REDAAS está destinada a profesionales de la salud vinculados con servicios de la salud pública y comunitaria, así como a abogadas/os que trabajan en servicios de salud pública y, en general, a profesionales de diversas disciplinas que trabajan para garantizar el ejercicio del derecho al aborto de las mujeres y niñas de Argentina.



Derecho al aborto y violencia sexual en las relaciones intrafamiliares : una aproximación a la aplicación de la causal violación en los servicios de salud del área metropolitana de Buenos Aires / Natalia Gherardi ... [et. al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CEDES;

Buenos Aires : ELA, 2015.

E-Book. - (Documentos REDAAS ; 3)

ISBN 978-987-29257-4-1

1. Relaciones Intrafamiliares. 2. Violencia Sexual. 3. Aborto. I. Gherardi, Natalia

CDD 614

Fecha de catalogación: 29/04/2015

Este documento es el producto de una investigación dirigida por Natalia Gherardi, con la participación de Cecilia Gebruers, Claudia Teodori y Karina Camarotta, en el marco del proyecto “La respuesta institucional a la violencia sexual en el marco de las relaciones intrafamiliares y la aplicación de la causal violación en el área metropolitana (CABA y el GBA)”. El proyecto fue llevado adelante por ELA - Equipo Latinoamericano de Justicia y Género con el apoyo financiero de CLACAI – Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. Este documento fue realizado en el marco del proyecto “Tejiendo redes: estrategias para mejorar el acceso al aborto legal para mujeres víctimas de violencia en Argentina” apoyado por SAAF (Safe Abortion Action Fund) y gracias a los aportes de “Iniciativas locales” de CLACAI (Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro) y IWHC (International Women’s Health Coalition).