

Población y Salud en Mesoamérica

PSM




La percepción de los/as estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre el tratamiento del aborto en la formación médica

Ana Mines-Cuenya



Revista electrónica semestral
Visite [aquí](#) el sitio web de la revista
Universidad de Costa Rica





La percepción de los/as estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre el tratamiento del aborto en la formación médica¹

The perception of the students of the Career of Medicine at University of Buenos Aires on the treatment of abortion in a medical education

Ana Mines-Cuenya²

— **RESUMEN:** El objetivo del siguiente artículo es indagar cómo es el tratamiento del aborto y su atención, en la Carrera de Medicina de la UBA. Para ello, se hará hincapié en tres dimensiones. La primera, consiste en el análisis de los emergentes de la mencionada Carrera a la luz de las legislaciones, y regulaciones que promueven Derechos Sexuales como parte fundamental de los derechos humanos (DDHH). La segunda estriba en el análisis de tales emergentes en relación a discontinuidades y rupturas con lo que se definirá como Modelo Médico Hegemónico (MMH). Por último, se indagará en las políticas, representaciones y prácticas respecto al misoprostol. Esta investigación es de carácter cualitativo. El corpus analizado consiste en entrevistas semi-estructuradas a 24 estudiantes de la mencionada carrera y en regulaciones vigentes emitidas tanto por organismos médicos nacionales, latinoamericanos e internacionales. Como resultados preliminares, primero, se destacan la escasa permeabilidad en la carrera de las regulaciones vigentes, los conocimientos y actualizaciones farmacológicas expresadas en los documentos emitidos por organismos médicos nacionales, latinoamericanos e internacionales en los últimos 10 años. En segundo lugar, resalta la predominancia de un silencio o vacío en el currículo en relación al aborto. Este silencio no es inocuo, sino que tiene efectos concretos: no garantizar el cumplimiento con el marco de DDHH vigentes en Argentina. Por último, el desconocimiento sobre el misoprostol y su amplia utilidad en el campo gineco-obstétrico refuerza la asimetría en la relación médico/a-paciente y una idea de aborto medicalizado que, por lo tanto, robustece al MMH.

— **Palabras Clave:** aborto, medicina, legalidad, misoprostol, Argentina

— **ABSTRACT:** The aim of this article is to investigate how the approach to abortion and attention in the Career of Medicine of the UBA. To do this, it will emphasize three dimensions. The first is the analysis of emerging Career in light of the laws and regulations that promote sexual rights as a fundamental part of Human Rights (HR). The second analysis is to emerging regarding such discontinuities and ruptures thereby be defined as Hegemonic Medical Model (MMH). Finally, he will inquire into policies, representations and practices regarding misoprostol. This research is qualitative. The corpus analyzed consists of semi-structured interviews to 24 students mentioned Career and national, Latin American and international medical organizations regulations. As preliminary results stand, first, the low permeability in the Career of the regulations, knowledge and pharmacological updates expressed in documents issued by national medical, Latin American and international agencies the past 10 years. Secondly, it highlights the predominance of silence or void in the curriculum in relation to abortion. This silence is not harmless, but has specific effects: not ensure compliance with the human rights framework in force in Argentina. Finally, ignorance about misoprostol and its broad utility in obstetrics and gynecology field reinforces the asymmetry in the medical / a-patient relationship and a sense of medicalized abortion, therefore, strengthens the MMH.

— **Keywords:** abortion, medical, legality, misoprostol, Argentina

Recibido: 31 oct, 2014 | Corregido: 25 feb, 2015 | Aprobado: 12 mar, 2015

¹ Este artículo forma parte de la investigación de tesis doctoral actualmente en proceso, que se desarrolla en el marco del Doctorado de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

² Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Periodismo y Comunicación. ARGENTINA. anamines@yahoo.com.ar



1. Introducción

En el presente artículo se propone indagar, de modo general, cómo opera, en qué favorece y en qué restringe el campo médico a la legalidad en relación al aborto en la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires³ (a partir de ahora: la carrera). Para ello, se analizarán las percepciones de la población estudiantil de la carrera sobre su formación médica en relación al aborto a la luz de las regulaciones vigentes en Argentina.

Como afirma la *Guía de atención para el mejoramiento de la atención post-aborto*⁴ elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación (en adelante MSN), “el aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo” (MSN, 2005, p. 6). En la Argentina, se producen por año aproximadamente 500.000 abortos y 60.000 internaciones por complicaciones derivadas de esa práctica (Pantelides y Mario, 2006). Otro modo de considerar la magnitud del aborto en la Argentina es según la interpretación que realizan organizaciones sociales que promueven derechos con relación al tema de los datos recién mencionados: “en Argentina cada minuto una mujer aborta de manera ilegal; cada mujer aborta de manera ilegal en promedio 2 veces en su vida” (Lesbianas y feministas por la Descriminalización del aborto, 2010a, p. 3).

Desde los años 80 hasta la actualidad, el uso del misoprostol por parte de las mujeres latinoamericanas para la autoinducción de abortos se ha extendido. En paralelo a su difusión, la tasa de mortalidad materna asociadas al aborto inseguro ha descendido. Como se menciona en la edición del año 2013 de la guía *Uso del misoprostol en Obstetricia y Ginecología* producida por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (en adelante FLASOG): “desde los años 80’s se incrementó su uso [del misoprostol] para abortos clandestinos en América. De igual manera se debe reconocer el papel trascendental en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas al aborto inseguro” (2013, p.13). El desarrollo y la expansión de esta nueva tecnología posibilitan no sólo la mejoría de algunos indicadores de salud en materia gineco-obstétrica (como es el caso de la tasa de mortalidad materna⁵) sino también favorece el desarrollo de todo un espectro de posibilidades entorno a las prácticas y formas de atención del aborto (FLASOG, 2013; OMS, 2013a). Esto se debe a que el misoprostol es fácil de usar, fácil de administrar; a que su uso en el primer trimestre tiene una tasa muy baja de riesgos y a su alta efectividad en la producción de un aborto

³ Cabe señalar que, según las estadísticas universitarias elaboradas por el Ministerio de Educación de la Nación, la carrera de Medicina de la UBA es aquella que tiene mayor egreso de médicos/as del país (Ministerio de Educación, 2012).

⁴ Aprobada a través de la Resolución Ministerial N° 989, del 9 de agosto de 2005.

⁵ Según la OMS (2014b) la mortalidad materna refiere a la muerte por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.



completo; en efecto, puede alcanzar una efectividad del 90% (FLASOG, 2013; OMS, 2013a). El misoprostol reviste un desarrollo tecnológico sobre el que se puede sustentar una práctica de aborto ambulatoria, en la cual las usuarias son quienes se lo administran y quienes controlan la mayor parte del proceso.

En Argentina el aborto está legalmente restringido. El Código Penal de la Nación (en adelante CPN) -vigente desde 1922 hasta la actualidad⁶- establece “el derecho de acceder a un aborto frente a determinadas circunstancias que lo autorizan” (MSN, 2010, p.5). Según el CPN, es legal abortar sólo en los casos en los que pelagra la salud de la embarazada o en casos de embarazos producto de una violación.

Sin embargo, se verá que la trama de legalidades en la que se inserta la práctica del aborto es múltiple y compleja e implica un marco de derechos más amplio que el CPN. Entre ellos, se puede mencionar brevemente algunos derechos constitucionales como: el derecho a dar y recibir información pública, el derecho a la salud, el derecho a la atención post-aborto. Por otra parte, la prohibición del aborto no exime al Estado de sus obligaciones de prevenir el aborto inseguro: no morir ni enfermarse por aborto inseguro es un derecho humano básico, universal e inderogable, que comparten todos los países, incluso aquellos en los que el aborto es ilegal (según la Constitución Nacional de 1994, Art. 75. inc. 2, Comité CEDAW, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General 14, párr. 43 d, e, f y párr. 44 a, c, d, entre otros; Resolución de la Cumbre de El Cairo sobre Población y Desarrollo, Objetivo del Milenio N° 5) (Lesbianas y feministas por la Descriminalización del aborto, 2010b, p.2).

En este mismo sentido, es interesante destacar que el campo médico, en general y en relación al aborto particularmente, opera con discrecionalidad respecto a las normativas vigentes. Un ejemplo pertinente es el sistemático incumplimiento de atención médica⁷ de las demandas por parte de las mujeres de los abortos permitidos por el CPN⁸.

Asistimos a una ausencia de conciencia sobre el derecho que tienen las mujeres en algunas de las circunstancias del artículo 86 [del CPN] a interrumpir su embarazo. Si bien culturalmente han existido avances en la instalación de la salud sexual y reproductiva como derechos, y correlativas obligaciones del Estado y los actores vinculados al sistema de salud, el aborto ha permanecido al margen de esta conceptualización jurídica, política y social (Ramón Michel, 2011, p.196).

El supuesto que recorre a este artículo consiste en que en la práctica del aborto se cruzan un buen número de derechos y que, por esto, el campo médico tiene cierto margen legal y ético de acción, más allá de lo que demarca el CPN. Por lo tanto, se

⁶ Octubre de 2014.

⁷ A modo de ejemplo, puede consultarse la siguiente nota de prensa: *Demandan al Estado por el aborto no punible* (2014).

⁸ “Los abortos permitidos (también llamados no punibles o abortos legales) son aquellos despenalizados por en la segunda parte del art. 86 del CPN” (Ramón Michel, 2011, p. 137).

propone indagar en cómo opera, en qué favorece y en qué restringe el campo médico la legalidad en relación al aborto. Para ello se analizarán las percepciones de la población estudiantil de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, haciendo hincapié en tres dimensiones. La primera, consiste en el análisis de las percepciones y sentidos emergentes de los/as estudiantes de la carrera a la luz de las legislaciones, regulaciones y prácticas médicas que promueven Derechos Sexuales como parte fundamental de los derechos humanos. La segunda, estriba en el análisis de tales percepciones y sentidos emergentes con relación a ciertas discontinuidades y rupturas de lo que se definirá como Modelo Médico Hegemónico (a partir de ahora MMH). Por último, a partir de los relatos de las personas entrevistadas, se indagará en las políticas, representaciones y prácticas respecto al misoprostol en la propuesta curricular de la carrera.



2. Referentes teóricos

2.1. El Modelo Médico Hegemónico y el proceso de medicalización

Antes de avanzar con el análisis propuesto, se definirán sucintamente las dimensiones teóricas que serán utilizadas en el mismo. Se retoma la noción de Modelo Médico Hegemónico (MMH) de Menéndez (2005; 2011) ya que se entiende que la misma es una herramienta útil para analizar cómo se aborda la cuestión del aborto en la carrera de Medicina de la UBA. El MMH es una construcción, como se dijo, una herramienta. Este modelo no es una descripción de la realidad (en la cual hay matices e interacciones que se escapan a la simplificación que implica la formulación de un modelo abstracto), sino un constructo provisional de la misma. Esta herramienta posibilita la indagación de procesos específicos siempre que se asuma que no espeja la realidad y que este es tan contingente como la realidad misma (Menéndez, 2011).

Según Menéndez (1988; 2005), algunas de las características principales del MMH son: su biologismo, a-historicidad, a-sociabilidad; la promoción del individualismo; el mercantilismo y la eficacia pragmática; una concepción teórica mecanicista, evolucionista/positivista; y una visión de la salud y la enfermedad como mercancía. En este modelo se concibe la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia y la práctica curativa está basada en la eliminación del síntoma. Por otro lado, se destaca: su identificación con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, la tendencia a la medicalización de los problemas, la tendencia inductora al consumismo médico, la prevalencia de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, y una propensión a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir la práctica médica de la investigación médica. La relación médico/a-paciente se caracteriza por ser asimétrica. En ella se construye una relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión. Desde el MMH, el/la paciente es concebido/a como ignorante y como responsable de su

enfermedad o dolencia⁹. Por otra parte, el MMH se sigue identificando con una medicina de alta complejidad, basada en la curación y donde el segundo y tercer nivel [de atención] son cada vez más sofisticados y costosos y se corresponden con el nuevo perfil epidemiológico dominante en los países centrales (Menéndez, 1988, p.9).

Estas definiciones aportan elementos interesantes para el análisis del tratamiento del aborto en la formación médica. En los últimos años, el misoprostol ha desterrado al método de aborto por curetaje o legrado como método más seguro. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (2013) (en adelante OMS) y la FLASOG (2013) promueven, especialmente en los países donde el aborto es ilegal o restringido como en la Argentina, el uso ambulatorio del misoprostol. En este contexto, el rol del sistema médico consiste en garantizar la correcta información sobre el uso del mismo y facilitar su accesibilidad. Así, se promueve un método de aborto en el cual la mujer asume un rol activo al mismo tiempo que coloca en un rol subsidiario la práctica del/la médico/a. Se puede decir que el misoprostol permite rasgar la hegemonía del MMH en lo que refiere al aborto, habilitando una práctica menos medicalizada.

Desde la perspectiva del MMH, la auto atención va a ser invisibilizada y/o menospreciada. En efecto, suele ser confundida o identificada exclusivamente con la automedicación. Pero “la automedicación sólo es parte de la auto atención, y el haber reducido la auto atención a la automedicación es justamente un efecto del saber biomédico” (Menéndez, 2009, p.54).

Menéndez destaca el rol de la auto atención en los procesos de salud, enfermedad y atención (en adelante s/e/a). Esta consiste en las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y del grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar, o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aún cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de auto atención; de tal manera que la auto atención implica decidir la auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2009)¹⁰.

Es a partir de lo que acontece en la auto atención y por supuesto en la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones socio-económicas y culturales ya señaladas, que el sujeto y su microgrupo deciden consultar o no a curadores

⁹ Cabe señalar que “los rasgos enumerados son dinámicos; es decir, cada uno de ellos se modifica así como también las relaciones entre los mismos, dependiendo dicha dinámica tanto de procesos socioeconómicos e ideológico/culturales generales, como de la propia trayectoria del saber médico” (Menéndez, 2005, p.13).

¹⁰ Menéndez (2009) afirma que la autoatención puede ser pensada en dos niveles; uno amplio y otro restringido. El primer nivel refiere a todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción bio-social de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico, formas que son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. Desde esta perspectiva podemos incluir no sólo a la atención, sino también: las actividades de preparación y distribución de alimentos; el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo; la obtención y uso de agua; etc.; etc.; etc. La definición restringida refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso de salud, enfermedad y atención.

profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan, y por supuesto a las que pueden acceder en términos económicos, pero también socioculturales (Menéndez, 2009, p.57).

Siguiendo a Menéndez (2009), podemos afirmar que el MMH, al presuponerse a-histórico y científico-positivista, no hace explícito ni problematiza el proceso histórico, económico y social en el cual se encuentra inmerso y que es fundamental de las sociedades contemporáneas occidentales: el proceso de medicalización¹¹.

La medicalización, podemos decir, es un proceso contemporáneo de desenvolvimiento de la biomedicina. Tal como señala Conrad (2007) puede describirse como un proceso múltiple y variado, por el cual “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de enfermedades o desórdenes. En palabras de Foucault (2003), el despliegue de la medicalización y la correspondiente expansión del sistema sanitario estuvieron intrínsecamente ligados a las necesidades contemporáneas de control social. Cannelotto y Luchtenberg (2010) caracterizan al sistema de salud como el dispositivo judicial-policial-sanitario en el que convergen lógicas de opresión político-económicas. La expansión de la medicalización es considerada por los últimos autores citados como una de las transformaciones centrales ocurridas en la segunda mitad del siglo XX.

2.2. El misoprostol y la desmedicalización

Tal como se describe en la Guía de Misoprostol para Uso en Ginecología y Obstetricia (FLASOG, 2013), esta droga (prostaglandina sintética) a principios de los años 80 estaba registrada y se comercializaba en la región para el tratamiento de la úlcera péptica a la vez que era contraindicada para las mujeres embarazadas porque, como “efecto secundario”, podía resultar abortivo. Hasta ese momento no existía evidencia ni sistematizaciones clínicas que avalaran su uso como un medicamento abortivo. Fueron las mujeres latinoamericanas quienes, a partir de la apropiación de este recurso farmacológico y mediante la experimentación con sus propios cuerpos, innovaron en el uso abortivo del medicamento. Su uso se ha ido socializando de manera informal y ha sido incorporado en el repertorio de prácticas y métodos abortivos utilizado por las mujeres, resultando en una eficaz estrategia preventiva de los abortos inseguros. Se considera interesante traer la historia de la creación del misoprostol como una tecnología abortiva porque, en primer lugar, permite visibilizar la historia de las mujeres en torno a una práctica cotidiana y recurrente de la cual son protagonistas, como lo es el aborto (Lesbianas y Feministas 2009, 2010a; Mines y Rodríguez, 2011). Por otro lado, esta innovación, logra poner en tensión la relación de poder entre saber popular y saber profesional propio del MMH. Desde este último, se

¹¹ Como dice Menéndez:

dicho proceso –y su análisis histórico- (...) ha evidenciado –entre otros procesos- la capacidad de la biomedicina para construir (inventar) síndromes que dan lugar no sólo a la elaboración de criterios diagnósticos y de historias naturales de las enfermedades, sino también a la propuesta de tratamientos en gran medida basados en los medicamentos (2009, p. 48).

suele considerar a los saberes populares (muchas veces orientados a la prevención) como saberes equivocados o incorrectos, que deben ser modificados, o bien se considera que la población no tiene criterios preventivos o que los rechaza.

El misoprostol ha sido reconocido en *Aborto Sin Riesgos. Guía Técnica de Políticas para los Sistemas de Salud* (OMS, 2013a) como un medicamento abortivo, seguro y eficaz que cuenta con ciertas ventajas: además de ser barato, fácil de administrar, de almacenar y de estar ampliamente difundido en varios países con altos niveles de aceptación cultural, es el único método abortivo reconocido que permite la autoinducción de abortos de manera segura antes de la semana 12 de gestación incluida, situación que ha contribuido a reducir la prevalencia de muertes evitables y complicaciones por aborto inseguro en distintas partes del mundo (Warriner y Shah, 2006; FLASOG, 2013; OMS, 2013a).

Durante la última década, varios estudios han confirmado que aún en situación de clandestinidad: 1) los abortos inducidos con misoprostol son más seguros que los inducidos con otros procedimientos; 2) hay una relación proporcional entre aumento en la disponibilidad del misoprostol y reducción en las complicaciones del aborto inseguro (Blandón, Chávez, Grossman, Lara y Távara-Orozco, 2008; FLASOG, 2013; OMS, 2013a).

En este sentido, la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF) y la Red Uruguaya de Autonomías (RUDA) afirman que el misoprostol, en tanto tecnología médica apropiada por parte de las mujeres para su uso autónomo, ha transformado radicalmente las prácticas de aborto en su país y en la región. Su carácter de producto comercial accesible, su sencilla utilización y las dinámicas de la circulación de información sobre su uso han permitido su incorporación a los “capitales culturales específicos” que circulan en las redes informales donde las mujeres en situación de aborto satisfacen su necesidad de interrumpir embarazos (AUPF y RUDA, 2008).

Varios estudios en torno a las valoraciones y percepciones de las mujeres sobre este método de inducción de aborto han coincidido en apuntar que mujeres de distintas culturas y geografías experimentan este método como menos riesgoso. Esto se debe a que permite evitar cirugías, vivencias indeseadas de dolor y sometimiento a procedimientos invasivos, al considerarlo más sencillo y natural, cercano a la experiencia de una menstruación (Lafaurie et al, 2005; Warriner y Shah, 2006).

2.3. Hablemos de aborto. Un pantallazo del contexto del aborto en la Argentina. Aspectos normativos, poblacionales y farmacológicos.

Describir la situación del aborto en la Argentina es una tarea compleja, ya que allí se cruzan regulaciones y normativas constitucionales, derechos humanos, Objetivos del Milenio de la ONU a los cuales Argentina suscribió, reglamentaciones locales como el Código Penal, regulaciones que refieren a la práctica y ética médica y aquellas que regulan la producción, circulación y accesibilidad de medicamentos, entre otras. Para

empezar, cabe resaltar algunas definiciones de la OMS (2013a). En *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* afirma que

las leyes y políticas referidas al aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de las mujeres. Es necesario eliminar las barreras regulatorias, políticas y programáticas que obstaculizan el acceso a la atención para un aborto sin riesgos y su prestación oportuna. Se requiere un entorno regulatorio y político propicio para garantizar que cada mujer elegible desde el punto de vista legal tenga un acceso sencillo a la atención para un aborto sin riesgos (OMS, 2013a, p.9).

En Argentina, se estima que se inducen y auto-inducen alrededor de 500.000 abortos anuales (Pantelides y Mario, 2006). Sin embargo, un ínfimo número de aquellos son legales. Desde el año 1922 el Código Penal de la Nación establece que es legal abortar sólo en los casos en los que pelagra la salud de la embarazada o en casos de embarazos producto de una violación. Sin embargo, incluso en situaciones que encajan perfectamente en estas causales, las posibilidades de que la demanda por aborto sea atendida en un servicio de salud público son remotas¹² (Ramón Michel, 2011). Esta situación se mantiene a pesar del fallo del año 2012 de la Corte Suprema de Justicia¹³.

Sin bien el Código Penal es taxativo, en este artículo vamos a sostener que las regulaciones que competen al aborto son complejas, con zonas grises e, incluso, contradictorias. Esto se verá a continuación.

A partir de la reforma constitucional de 1994, Argentina dio rango constitucional a un buen número de tratados internacionales de derechos humanos. En estos se promueve el derecho a la salud de las mujeres¹⁴. De allí, se desprende la obligación general del Estado y los/as médicos/as de prevenir el aborto inseguro con medidas concretas y efectivas para erradicar la muerte y complicaciones evitables¹⁵.

¹² A modo de ejemplo, dos notas periodísticas sobre los incumplimientos de casos concretos de demandas de abortos no punibles: Devana (2014) y *Negaron un aborto no punible a una chica de 13 años* (2014).

¹³ Afirmamos que este fallo aporta claridad sobre los siguientes puntos: Primero, que la Constitución y los tratados de derechos humanos no sólo no prohíben la realización de esta clase de abortos sino que, por el contrario, impiden castigarlos respecto de toda víctima de una violación en atención a los principios de igualdad, dignidad de las personas y de legalidad. Segundo: que los médicos en ningún caso deben requerir autorización judicial para realizar esta clase de abortos, debiendo practicarlos requiriendo exclusivamente la declaración jurada de la víctima, o de su representante legal, en la que manifieste que el embarazo es la consecuencia de una violación. Tercero: que los jueces tienen la obligación de garantizar derechos y su intervención no puede convertirse en un obstáculo para ejercerlos, por lo que deben abstenerse de judicializar el acceso a estas intervenciones, las que quedan exclusivamente reservadas a lo que decidan la paciente y su médico (*La Corte Suprema precisó el alcance del aborto no punible y dijo que estos casos no deben ser judicializados*, 2012). Sobre el incumplimiento de esta normativa puede consultarse la nota de prensa *Aborto no punible: la mayoría de las provincias no cumple el fallo de la Corte* (2013).

¹⁴ El derecho a la salud, servicios de salud y medicinas esenciales está consagrado entre otras leyes en el PIDESC y la O.G. 14, párr. 12 inciso. a, Comité DESC (Lesbianas y feministas, 2010b).

¹⁵ Constitución Nacional de 1994, art 75. inc. 2, Naciones Unidas, Comité CEDAW R.G. 21 párr. 31, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General 14, párr. 43 d, e, f y párr. 44 a, c, d, entre otros, Objetivo del Milenio Nº 5, Comité Derechos del Niño, O.G. 4, párr 27 (Lesbianas y feministas, 2010b).

Una incorporación clave al texto constitucional (en el artículo 75^o, inciso 22) fue la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). De esta forma, los derechos consagrados en la CEDAW, así como las obligaciones del Estado para con su ejercicio son de aplicación inmediata. En 1997, el comité permanente instituido por la CEDAW con facultades de control, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados-parte en el tratado, recomendó al gobierno argentino revisar la legislación sobre el aborto (MSN, 2005). En el marco de esta recomendación, el año 2002 se aprobó la ley que promueve la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable¹⁶ en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

Al adherir a los Objetivos del Milenio¹⁷, el Estado Argentino se comprometió ante Naciones Unidas a bajar la muerte de embarazadas en tres cuartas partes para el año 2015. Sin embargo, según el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2013), el aborto inseguro es la principal causa de muerte de embarazadas en el país, a pesar que el 80% de las mujeres tuvo acceso a anticonceptivos antes de su primer parto¹⁸. En Argentina, cada año son internadas 60.000 mujeres (Pantelides y Mario, 2006) por complicaciones por aborto¹⁹. Si bien las muertes por complicaciones relacionadas al aborto vienen descendiendo en los últimos años²⁰, estas siguen siendo la principal causal de mortalidad materna en el país oscilando en un número total que va de 80 a 100 casos por año²¹ (MSN, 2010).

Frente a estas cifras, es importante considerar lo planteado por la OMS (2013), que señala que el uso del misoprostol constituye una medida sanitaria básica y plausible para prevenir el aborto inseguro. La OMS considera que el misoprostol es un abortivo

¹⁶ El Programa Nacional, destinado a la población general, tiene como objetivos: alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable a fin de que la población pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia; disminuir la morbimortalidad materna e infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y patologías génito-mamarias; garantizar el acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable (MSN, 2005).

¹⁷ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es una iniciativa de carácter global que se creó en el año 2000 a partir de la Declaración del Milenio en las Naciones Unidas firmada por 189 países. La Declaración del Milenio identifica preocupaciones, valores y principios relacionados con el desarrollo (Naciones Unidas, 2008).

¹⁸ “La mortalidad materna ha sido el objetivo más descuidado y es una clara violación a los Derechos humanos” (UNFPA, 2013, p.1).

¹⁹ Según un informe elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en relación a las estadísticas hospitalarias en los años 1998 y 2002, el legrado post-aborto es la segunda causa de hospitalización de las mujeres en edad fértil, en el país.

²⁰ La difusión del misoprostol ha contribuido a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna por complicaciones de aborto aún en aquellos países donde el aborto se encuentra legalmente restringido (FLASOG, 2013; Lafaurie et al, 2005; OMS, 2013; Warriner y Shah, 2006).

²¹ La práctica del aborto en nuestro país, al igual que en otras regiones de América Latina, se ha visto modificada a partir de la difusión del aborto con medicamento, con misoprostol. Distintos estudios realizados en nuestro país coinciden en señalar que el uso del misoprostol para abortar se encuentra difundido y es utilizado ampliamente por las mujeres, y que ésta situación ha contribuido en la reducción de las muertes y complicaciones por aborto inseguro (Zamberling, 2007).

de alta calidad y un medicamento esencial²² para la población, ya que afecta notable y positivamente la salud de las mujeres (OMS, 2013b). Acceder al misoprostol forma parte del derecho de acceder al más alto estándar de salud posible. El misoprostol posibilita la realización de un aborto seguro a través de la atención ambulatoria. Es decir que, contando con la información sobre su uso y con la indicación del medicamento, una mujer puede acceder a un aborto seguro:

La atención para el aborto proporcionado en el nivel primario de atención y a través de servicios ambulatorios en entornos de nivel superior es segura, y minimiza los costos al tiempo que maximiza la conveniencia y la puntualidad de la atención para la mujer (OMS, 2013a, p. 65).

Siguiendo las declaraciones de la OMS (2013a, 2013b), en sintonía con DDHH anteriormente citados, el Estado y los/as médicos/as deben asegurarle a una mujer que decidió abortar la información correcta sobre el uso de misoprostol²³, otorgarle receta para que acceda a tiempo y sin sobrepago al medicamento, tanto como atención post aborto. Frente a la posibilidad de que una mujer se haga un aborto inseguro, los equipos de salud y el Estado deben actuar preventivamente. Diferentes versiones de esta política se implementan con éxito en otros países, donde el aborto es legal y también donde es ilegal (Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto, 2010b). Por otro lado, cabe destacar que, como parte de estas normativas, toda la información volcada o producto de la consulta de salud es confidencial y es deber de los equipos de salud guardar secreto y respetar la privacidad de las mujeres²⁴.

A través de lo mencionado anteriormente, se puede destacar cierto desfase entre una normativa que está cerca de cumplir 100 años, como lo es el CPN (que, como se mencionó, está vigente desde el año 1922), el marco local e internacional de DDHH y la práctica misma de las mujeres que abortan por minuto. La punibilidad del aborto no impide o desalienta a las mujeres a abortar de forma masiva, mas sí impacta mermando la accesibilidad a un aborto sin riesgos (OMS, 2013a).

En Argentina, el mercado ilegal del aborto se encuentra notablemente segmentado. En efecto, la clandestinidad produce efectos diferenciales según las circunstancias, contextos, historias de vida, herramientas, posición de clase, color de piel,

²² “En 1978 la Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud reconocía que los medicamentos esenciales son vitales para prevenir y tratar enfermedades que afectan a millones de personas en el mundo entero. Los medicamentos esenciales salvan vidas y mejoran la salud. La lista de medicamentos esenciales incluye los medicamentos estrictamente necesarios para un sistema básico de atención de salud e incluye los medicamentos más eficaces, seguros y con mejor relación coste-efectividad para problemas prioritarios de salud. Los problemas prioritarios se seleccionan según su importancia presente y futura desde el punto de vista de la salud pública y de las posibilidades de aplicar un tratamiento seguro y con relación coste-efectividad favorable” (OMS, 2013b, p.5).

²³ El derecho de acceso a la información implica y cubre todas las etapas del proceso de comunicación (Declaración Universal de DDHH art. 19; PIDCP art. 19.2; Convención Americana de DDHH art. 13.1) (Lesbianas y feministas, 2010b).

²⁴ DUDH art. 12, PIDCP art. 17, CADH art. 11, Caso Flores v. Perú, CIDH, CEDAW, art. 12 y R.G. 24 Comité CEDAW (Lesbianas y feministas, 2010b).

nacionalidad de las que provienen las mujeres que abortan (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto, 2010b). Claro está que las mujeres que cuentan con más recursos económicos, sociales, mayor acceso a servicios de salud –por obra social o prepaga, etc.- tiene mayores posibilidades de acceder al aborto (sea hecho con el método que sea) más rápido y en mejores condiciones que las que tienen menos acceso a los mismos. Por lo tanto, las estrategias y respuestas esbozadas por las mujeres están condicionadas por recursos sociales, económicos, políticos desigualmente distribuidos (Mines y Rodríguez, 2011).

En los últimos 10 años, el MSN ha promovido una serie de herramientas para la atención del aborto: la *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto* aprobada en el 2005, la *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles* publicada en el 2010 por el MSN, el *Proyecto de capacitación para la atención integral de la emergencia obstétrica* publicado en el 2011.

De la *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto*, es interesante destacar que la misma se presenta como un instrumento para los equipos de salud en pos de ofrecer

a las mujeres una mejor calidad de atención desde una *perspectiva integral* [cursivas añadidas], que va desde el episodio mismo hasta poner en práctica consejería y alternativas anticonceptivas (...). Este abordaje de la atención de las complicaciones del aborto debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud. (MSN, 2005, p.6).

Por otro lado, define que “las causas pueden ser múltiples, pero la mayoría de las veces, son muy difíciles de determinar. Es importante destacar que muchas gestaciones son interrumpidas por decisión de las mujeres”²⁵ (MSN, 2005, p.8). La guía explicita la competencia del primer nivel de atención de la salud para la atención para algunas situaciones relacionadas con el aborto (algunos casos de sepsias y amenaza de aborto). Asimismo, la guía del MSN también establece un “Protocolo para la orientación de las mujeres con complicaciones de aborto”. Define como propósito del mismo:

establecer un proceso de comunicación, facilitando un contacto directo y privado con las personas, que permita entender en forma más profunda su situación para identificar y responder a sus necesidades emocionales, clínicas y otras preocupaciones referidas a la salud, promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos así como la toma de decisiones basada en la elección libre e informada (MSN, 2005, p.28).

²⁵ Se recuerda que se estima que en Argentina se realizan aproximadamente 500.000 abortos por año (Pantelides y Mario, 2006).

En Argentina, el requisito de la receta para la compra de misoprostol se implementó en el año 1998, durante el gobierno de Carlos Menem²⁶. Recién en el año 2009 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica²⁷ (ANMAT) autorizó su utilización en obstetricia. Como dijimos, la guía se aprobó en el 2005. En ella ya encontramos los esquemas de dosis de misoprostol para: “Inducción del parto con feto vivo”, “Interrupción del embarazo con feto muerto y Retenido”, “Huevo anembrionado”, “Aborto terapéutico”, “Aborto Incompleto y Hemorragia post-parto” (MSN, 2005, p.29-30).

La *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*, publicada en el año 2010, destina un capítulo a los “métodos seguros de interrupción del embarazo”. En él hay todo un apartado en relación al misoprostol en el cual se especifica su uso para abortos del primer y segundo trimestre.

Por último, en el *Proyecto de capacitación para la atención integral de la emergencia obstétrica* encontramos un capítulo llamado “Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis post-aborto” en el mismo se da cuenta detalladamente de los pasos a seguir para diagnosticar, atender, curar una sepsis post aborto. En relación al misoprostol, se da cuenta de su uso en el tratamiento de hemorragias post parto.



3. Metodología y delimitación del corpus

Se presenta aquí parte de los resultados de una investigación de carácter cualitativo²⁸. Específicamente, la investigación da lugar a este artículo, se propone indagar cómo opera, en qué favorece y en qué restringe el campo médico a la legalidad en relación al aborto.

El corpus que se analiza en esta investigación consiste, primero, en una selección de regulaciones provenientes del campo médico de carácter internacional, latinoamericano y nacional, a saber: la segunda edición dada a conocer en 2013 de *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* y el *Manual de práctica clínica para un aborto seguro* publicado en 2014, ambos de la OMS; la guía de *Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología* de la FLASOG, en su versión del año 2013; la *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto*, aprobada por el

²⁶ Para más información puede consultarse la disposición 3646/98 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT, 1998).

²⁷ Fue por la Disposición Nro. 3779 del 24 de Julio de 2009- la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) dispuso autorizar la inscripción de la especialidad medicinal de nombre misoprostol con indicación para la inducción del trabajo de parto a término con feto vivo e inducción del parto con feto muerto o retenido.

²⁸ Este artículo forma parte de la investigación de tesis doctoral actualmente en proceso, que se desarrolla en el marco del Doctorado de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.



MSN en el año 2005; la *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*, publicada en el año 2010 por el MSN; y, el *Proyecto de capacitación para la atención integral de la emergencia obstétrica*, publicado en el año 2011 por el MSN.

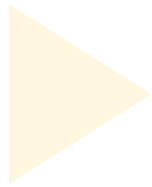
En segundo lugar, el corpus está compuesto por entrevistas semi-estructuradas realizadas individualmente a 24 estudiantes de la carrera de Medicina de la UBA. Estas fueron hechas durante los años 2013-2014. La carrera de Medicina de la UBA está planificada en 6 años: la conforman dos ciclos de 3 años cada uno (Ciclo Biomédico y Ciclo Clínico). El muestreo consistió en 4 estudiantes por cada año de la carrera, respetando cuotas equivalentes por sexo. El contacto con los/as estudiantes se hizo a través de la técnica “bola de nieve”.

Para llevar a cabo el análisis de las entrevistas se ha utilizado el software de análisis cualitativo Atlas Ti 6.2. El uso del mismo facilitó el desarrollo de un “proceso interpretativo” (Vasilachis de Gialdino, 2013) con relación a las tres grandes dimensiones propuestas en este artículo, a saber: 1)- la circulación de legislaciones, regulaciones y prácticas médicas que promueven derechos sexuales como parte fundamental de los derechos humanos, 2)- discontinuidades y rupturas con lo que se definió como MMH, y, 3) la circulación de información respecto del misoprostol en la propuesta curricular de la carrera.

Las preguntas realizadas a los/as estudiantes en relación al tratamiento del aborto en la Carrera fueron las siguientes:

- 1)- En la Carrera, ¿se menciona la cuestión del aborto? En caso afirmativo, ¿en qué materia/s?, ¿qué se dice sobre aborto?, ¿cómo evaluarías la formación que reciben?
- 2)- ¿Cómo definirías a una mujer que aborta?, ¿escuchaste hablar de las mujeres que abortan en alguna instancia de la carrera? En caso afirmativo, ¿qué se dice sobre ellas?
- 3)- ¿Escuchaste hablar del misoprostol y sus usos? En caso afirmativo, ¿en qué materias?, ¿qué se dijo?

Las preguntas fueron diseñadas con el objetivo de realizar un abordaje exploratorio en la temática. Cabe señalar que los datos personales de los/as estudiantes entrevistados/as, cuyas citas se publican en este trabajo, han sido eliminados con el fin de preservar su anonimato y confidencialidad.



4. Resultados. Cómo circula el aborto en la formación en medicina de la UBA según sus estudiantes

Como señalamos, en Argentina existen regulaciones que habilitan una serie de prácticas médicas con relación al aborto. En este apartado, se propone analizar si tales normativas han permeado de algún modo en la propuesta formativa de la carrera de Medicina de la UBA. Para ello, como se mencionó anteriormente, se analizarán las percepciones de estudiantes de la carrera.

4.1. En la carrera de Medicina, ¿se menciona el aborto?, ¿qué se dice y cómo?

Esta primera pregunta es de carácter exploratorio. Con ella, se buscaba indagar en las percepciones y sentidos emergentes con los que se identifica el tratamiento de la cuestión del aborto en la carrera.

Ante la consulta sobre si se mencionaba el aborto en la carrera cursada, más de la mitad respondió que de forma negativa. En este grupo tenemos, principalmente, a estudiantes del Ciclo Biomédico (de primer a tercer año). Mayormente afirmaron no haber si quiera escuchado la palabra *aborto* por parte de los/as docentes a lo largo de su cursada. A modo de ejemplo, cito: “*No vi nunca algún tema relacionado al aborto y la verdad no sé si se verá demasiado en la carrera...*” (estudiante, tercer año).

También fueron estudiantes del Ciclo Biomédico, quienes dijeron haber escuchado *hablar de aborto* en espacios extracurriculares. Se trata de espacios impulsados por grupos provenientes mayormente de sectores estudiantiles y agrupaciones políticas, como muestran los siguientes fragmentos de entrevistas:

El año pasado organizamos un taller, fue la primer actividad que logramos organizar el cuerpo de docentes estudiantes, pensada y desarrollada por nosotros... (...) en la facultad como que hay una decisión política de no hablar de aborto... y no es muy difícil darte cuenta de que tenemos que hablar de aborto... hablamos de enfermedades que pasan una vez cada miles de nacidos y no hablamos de una cuestión de salud pública como lo es el aborto clandestino (estudiante, tercer año).

Entrevistadora: *¿Escuchaste hablar de aborto en lo que vas de cursada?*

Estudiante: *“poco y nada... bueno, en los talleres que se abrieron se habla, o en algunos talleres de organizaciones de la facultad, pero no como parte de la currícula, sino como extracurricular* (estudiante, primer año).

Un grupo un poco más reducido que el primero, consiste en quienes dijeron que sí habían hablado de aborto en la cursada. Cabe destacar que la mayoría de ellos/as señalan que cuando el tema del aborto aparece, se lo menciona de modo más bien marginal, secundario, no sistemático; por ejemplo, se lo cita en tanto efecto de alguna patología, como propiedad de alguna droga (abortiva) y/o de un modo episódico. En este grupo, se encuentran principalmente estudiantes del Ciclo Clínico (de cuarto a sexto año), como podemos ver, por ejemplo, en la siguiente cita: *“Puede haber gente que lo nombre, pero no es tanta... (...) no se habla nunca del aborto como temática del aborto en sí... es más bien marginal o porque es consecuencia o riesgo aparejado a otra cosa”* (estudiante, quinto año).

Una pequeña porción de los/as entrevistados/as afirmó haber tenido oportunidad de *debatir* en relación al aborto en las materias como Bioética, o Salud Pública, es decir, *las materias humanísticas*.

Estudiante: *“el aborto se debate en 3 materias, por lo menos de las que yo tenga referencia, Bioética, Salud Pública y Farmacología. En dos de las 3 falté justo a la clase donde se trabajaba el tema, y eso que yo quería escuchar... pero bueno, me lo perdí sistemáticamente. Siempre me pierdo el momento cúlmine donde dicen ‘que si pudo abrir las piernas que ahora se la banque’²⁹ para levantarme y decirles ‘cavernícola’, y no pude...”*

Entrevistadora: *¿así dicen?*

Estudiante: *algunos lo dicen, la mayoría lo piensa* (estudiante, sexto año).

“Y mirá, en Bioética I, el tipo era muy profesional, no nos inducía nada, pero la II, la cursé en la cátedra de un tipo que es muy católico... y bueno, a todos los que decían que estaban a favor del aborto él los refutaba, no es que te decía ‘que horror, hay que quemarte en la hoguera’... pero a los que decían que estaban a favor el profesor les decía la cuestión de la vida ‘¿a vos te parece? ¿y desde cuándo te parece que hay vida?’... si no tenías argumentos era muy difícil decir que estabas a favor...” (estudiante, cuarto año)

“La única materia donde sí o sí se habla de aborto es en Bioética II y por suerte yo tuve una buena cursada en ese sentido donde lo vimos un poquito más... sino básicamente la idea que tiene un estudiante de Medicina que se recibe sobre el aborto es la misma que puede tener cualquier persona que forma parte de la sociedad que está allá afuera...” (estudiante, 6to año)

De los relatos de los/as estudiantes que llevan más avanzados sus estudios, se puede inferir primero que no hay una decisión unívoca de abordar el tema institucional

²⁹ “Que se la banquen” es una expresión utilizada en Argentina. Sinónimos de la misma pueden ser: “que se aguante”, “que lo soporte”, “que tenga que lidiar con eso”.

y, por lo tanto, curricularmente. Si bien muchos/as de los/as estudiantes que se encuentran en el Ciclo Clínico afirmaron haber hablado del tema, el hecho de que esto sucediera y el modo en que se llevó a cabo quedó librado a la propuesta e iniciativa de la cátedra de cada Unidad Hospitalaria³⁰ cuando no del/la docente a cargo de la clase. Los relatos de los/as estudiantes nos permiten pensar que el aborto, en vez de ser trabajado como un tema relevante de salud pública, como un derecho, u otra perspectiva semejante se presenta más bien como un tema para *polemizar*. De este modo, no se problematizan los prejuicios a la luz de la normativa vigente dejando librado su trato a iniciativas individuales.

Cabe destacar que en las mismas entrevistas los/as estudiantes dieron cuenta de que las materias humanísticas son las consideradas fáciles o menos importantes. Esta jerarquización entre materias humanísticas y biomédicas que conforman la carrera, presente en el discurso de algunos/as entrevistados/as, puede ser pensando como un indicador de la identificación de la carrera con el MMH.

En ninguna entrevista se dio cuenta de conocer la existencia de algunas de las herramientas emitidas por el MSN. Solo en tres casos se dio cuenta de conocer el esquema de dosis de misoprostol para un aborto en el primer trimestre indicado por la OMS (2013a). Mientras que en otros, donde sí se había escuchado del misoprostol su conocimiento era erróneo.

[Sobre aborto] *especialmente hablamos en bioética, porque es de esos temas que están súper regulados, y en los que todos suponen su ideología al respecto y que además está en los pasillos porque la militancia habla de eso todo el tiempo. Así que de eso todos los estudiantes de Medicina hablamos (...) Tengo entendido que los que dirigen la facultad no les interesa formarnos en aborto. Más allá de saber lo que es y nunca jamás ver cómo se hace. Porque por lo pronto es ilegal, así que no sería muy lógico que la facultad imparta un conocimiento sobre algo que es ilegal. De todos modos yo creo que la mayoría de los estudiantes, sino todos, saben cómo hacer un aborto farmacológico antes de los dos meses de concepción*" (estudiante, quinto año).

Este testimonio da cuenta de un manejo erróneo de la información respecto a los plazos para el uso del misoprostol. Ninguna de las guías que indican el uso de misoprostol habla de *dos meses*, es decir ocho semanas. A lo sumo se puede encontrar cierta variabilidad entre la semana nueve y la doce.

Por otro lado, cabe destacar la enorme confusión que circula en torno a la legalidad e ilegalidad de la práctica médica sobre el aborto. Ningún/a estudiante dio cuenta de tener claridad sobre el marco de derechos humanos que encuadran la práctica del aborto y el ejercicio médico en relación al tema, como por ejemplo, el derecho básico a la información.

³⁰ El Ciclo Clínico se cursa en distintas Unidades Hospitalarias. El programa de cada materia queda sujeto a la iniciativa de la cátedra y a la coordinación de la unidad.

En relatos también surge que el aborto se menciona en la asignatura de Farmacología. Sin embargo, este no representa un tema en sí mismo. A lo sumo, aparece como una *salvedad*: *“En Farmacología hablamos de las drogas que tienen efectos abortivos. Cuando estudias las drogas siempre ves los efectos adversos. Y para hablar de las drogas se dijo que el aborto es un efecto adverso siempre que no sea un efecto deseado. Se hizo esa salvedad”* (estudiante, quinto año).

4.2. En la Carrera de Medicina, ¿qué imaginario circula en relación a las mujeres que abortan?

En relación a la segunda dimensión que se propone abordar, es decir, las representaciones que circulan en la formación médica en relación a las mujeres que abortan, se pueden destacar tres tipos de representaciones. La primera, minoritaria, consiste en la mujer asociada a un rol activo-agenciado en un sentido positivo (sujeto que decide en pos de su autonomía). La segunda consiste también en un rol activo-agenciado, pero en un sentido negativo (la mujer es *irresponsable* o *descuidada*). Un tercer tipo de representación consiste en su identificación con lo pasivo, patológico, o victimizante.

Una minoría dijo haber percibido en la carrera un modo respetuoso y positivo para referirse a las mujeres que abortan. De quienes se encuentran en este grupo, salieron definiciones como *“una mujer que expide un embarazo por el motivo que sea”* (estudiante, quinto año) o *“como una mujer que decide no tener un hijo en este momento... eso...”* (estudiante, tercer año).

Casi la mitad de los/as estudiantes afirmaron que en la carrera circula una representación negativa sobre las mujeres que abortan. Por ejemplo, un estudiante afirmó que *“en general hay muchas personas que tienen mucho prejuicio y sin conocer la historia de esa mujer, sin saber cómo es que llegó a quedar embarazada, muchas personas tachan a la mujer como ‘ah bueno, jodete, lo hubieras pensado antes’”* (estudiante, tercer año).

Por su parte, otra estudiante señaló: *“yo no tuve experiencia de ver ningún tipo de maltrato aunque sé que existen... y la imagen que circula es la de irresponsable... que la mujer que aborta no se cuidó porque no le importó...”* (estudiante, sexto año). No obstante, el siguiente relato da cuenta no sólo de una percepción negativa en relación a las mujeres que abortan y que llegan por complicaciones a un hospital público, sino también de prácticas de maltrato asociadas a ellas: *“un médico que atiende en el Piñero³¹ le dijo literalmente a un amigo mío ‘se lo hacemos por raspado así no se embaraza de vuelta’... la lógica inquisidora está a la orden del día”* (estudiante, quinto año).

³¹ El Piñero es un Hospital General de Agudos ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.

Un tercer tipo de representación es la que asocia a las mujeres que abortan a la idea de víctimas. Por ejemplo: *“creo que todos sabemos que es una situación de desesperación, de no saber qué hacer”* (estudiante, sexto año). A su vez otra entrevistada señala: *“como que hay un imaginario del médico que hace abortos como oscuro, ilegal... y de las mujeres que abortan que son pobres e ignorantes, que se meten cualquier cosa porque no saben”* (estudiante, cuarto año).

4.3. En la carrera de Medicina, ¿qué conocimientos se brindan en relación al misoprostol y sus usos?

Más de la mitad de los/as estudiantes entrevistados afirmó no haber escuchado hablar del misoprostol durante la carrera. Un grupo más pequeño afirmó sí haber escuchado hablar del mismo, pero, en su mayoría, en el marco de un listado de ejemplos de medicamentos que pueden producir abortos como efecto secundario. Sólo tres estudiantes dijeron manejar mayor información sobre misoprostol. En esos tres casos lo habían estudiado por su propia cuenta. Estos datos dan cuenta del silencio que rodea al misoprostol.

“En fármaco I vemos dos o tres drogas que se sabe que son abortivas entre las cuales está el misoprostol. El docente es un docente que está abiertamente en contra del aborto, pero dejó un espacio para que nosotros/as debatamos sobre este tema. Se corrió y nos dejó el espacio. Pero no nos dio una clase” (estudiante, quinto año).

Estudiante: *“yo creo que la mayoría de los estudiantes, sino todos, saben cómo hacer un aborto farmacológico antes de los dos meses de concepción”*.

Entrevistadora: *“¿Y eso te lo enseñan en alguna materia?”*

Estudiante: *“no, lo armás, con las herramientas que te dan sueltas lo armás. No te forman”* (estudiante, quinto año).

El tema del aborto en la facultad no se trabaja a menos que estés trabajando en alguna cátedra de resistencia en estos temas, nosotros en Farmacología trabajamos bastante... hicimos un power point sobre el misoprostol y aborto... después lo podemos ver y te lo explico porque el lenguaje es bastante técnico aunque es el lenguaje que a mí me gustaría que se use (estudiante, sexto año).

Entre los/as tres estudiantes que tenían conocimiento sobre el misoprostol, dos de ellos/as afirmaron recurrir a la auto-formación mientras que el/la otro/a señala que su formación en este tema estuvo ligada al espacio dado por lo que él llamó una “cátedra de resistencia”, es decir, un espacio pedagógico minoritario que plantea metodologías y contenidos alternativos al programa mayoritario de la carrera.



5. Discusión

A lo largo del análisis han surgido una gran cantidad y diversidad de aspectos relevantes. Se los agrupará en tres grandes ejes. En el primero se hará foco en las incongruencias sobre la legalidad del aborto. En el segundo, se analizarán los silencios en la carrera y sus efectos en términos productivos. Por último, se interpretará la ausencia de información respecto al misoprostol en los contenidos obligatorios y la funcionalidad que esto remite para el MMH.

5.1. La legalidad está llena de grises. Incongruencias y discreciones en la formación en relación al aborto

En primer lugar, se puede destacar la escasa permeabilidad en la carrera de las regulaciones vigentes, los conocimientos y las perspectivas éticas expresadas en los documentos emitidos por el MSN, la FLASOG y la OMS desde hace más de 10 años³². El silencio respecto al aborto tiñe de modo notable a la propuesta de la carrera de Medicina.

Incluso si se restringiese este análisis a los casos legales explícitamente mencionados por el CPN (es decir, la demanda de un aborto ante: una violación o un embarazo que pone en riesgo la vida de la mujer gestante), abstrayéndonos del marco de DDHH y de las guías emitidas por el MSN (que alienta a prevenir el aborto inseguro y difusión de información sobre atención pre y post aborto), se puede afirmar que la formación brindada para el tratamiento de los mismos es escasa y defectuosa, ya que los/as estudiantes no dan cuenta de que la carrera brinde la posibilidad de adquirir competencias básicas para la atención de un aborto cualquiera ni sus complicaciones. La OMS afirma que

El acceso al aborto sin riesgos depende no solo de la disponibilidad de los servicios, sino también de la forma en la que se suministran y el tratamiento de las mujeres dentro del contexto clínico. Los servicios se deben suministrar de un modo que respete la dignidad de la mujer, garantice su derecho a la privacidad y sea sensible a sus necesidades y perspectiva (OMS, 2013a, p.64).

El MSN, como vimos, habla de atención integral de las mujeres ante un aborto. La propuesta de la carrera parece estar a años luz de estas herramientas y de la normativa vigente en derechos humanos.

Es interesante destacar los efectos diferenciales que tienen las nociones de *legalidad* y de *ilegalidad*. Según los relatos analizados, desde la carrera se asume, predominantemente, que el aborto es ilegal, por ello, se excluyen los contenidos que

³² La Primera edición de la guía de aborto sin riesgos de la OMS es del año 2003.



puedan referir, o más bien, formar a sus estudiantes en esta problemática. Así, se podría afirmar que la noción de ilegalidad tiene un peso desmedido e infundado. En paralelo, la *legalidad* del aborto no punible, del derecho a la información, del deber de prevenir el aborto inseguro parece plausible de ser marginada, invisibilizada, no considerada sin costo alguno.

5.2. Un silencio productivo³³

En este apartado se pretende profundizar en la idea de que el silencio no es inocuo, sino que, por el contrario, tiene efectos concretos: al dejar vacante la formación en el tema, la carrera de Medicina de la UBA no garantiza el cumplimiento de las guías y recomendaciones del MSN, del marco de derechos humanos vigentes en Argentina, ni siquiera del Código Penal Nacional.

La falta de un abordaje adecuado respecto del aborto en general y del misoprostol en particular en la carrera de Medicina de la UBA está acompañado o reforzado, por un imaginario que tiende a construir a las mujeres como sujetos descuidados, irresponsables, infantiles o como víctimas, negando su saber, sus experiencias y su autonomía. Por lo tanto, este silencio curricular puede ser interpretado como un *silencio productivo* con efectos concretos: al no problematizar este imaginario hegemónico, al no formar a futuros/as médicos/as en las técnicas adecuadas, en sus efectos, con conocimientos de los modos de atención basados en protocolos vigentes elaborados con base en perspectivas respetuosas de los derechos y los saberes de las mujeres, la carrera de Medicina está siendo funcional a los prejuicios sociales y culturales con relación al tema, con la salvedad de que son los/as médicos/as, entre otros agentes del MMH, quienes tienen el poder de aduana en relación a la circulación de saberes, pero fundamentalmente en relación a los recursos farmacológicos como lo es el misoprostol. Al no haber un rol de promoción por parte del cuerpo médico, se cae en el apuntalamiento del circuito clandestino³⁴.

5.3. ¿Y el misoprostol? ¿Acaso las mujeres no son un agente de salud?

En la Argentina se producen aproximadamente 500.000 abortos por año (Pantelides y Mario, 2006). De ellos sólo 60.000 ingresan al sistema de salud por complicaciones (MSN, 2005). Podemos presumir que de los 440.000 una buena porción no tiene o tiene un contacto mínimo con el sistema de salud (Lesbianas y feministas por la Descriminalización del aborto, 2009 y 2010a). A pesar de ello, la tasa de mortalidad materna asociada al aborto tiene una tendencia decreciente en la región relacionada al uso cada vez más extendido del misoprostol (FLASOG, 2013; OMS, 2013a).

³³ La idea del silencio productivo ha sido tomada del texto de Díaz, Marzano, Mines Cuenya y Rueda (2013).

³⁴ Mención aparte merecería la atención en las guardias. El relato que se citó de un estudiante de quinto año es un ejemplo del rol policial y violento en el que puede incurrir el cuerpo médico.

Se puede inferir que un buen número de estas mujeres llevan a cabo acciones en pos de acceder a un aborto sin riesgos, o con el menor riesgo posible. Y si sólo el 12% (60.000 de las 500.000 que abortan) asiste al sistema sanitario por complicaciones, podemos sospechar que las prácticas de auto atención son relativamente efectivas.

En los relatos de los/as estudiantes, la práctica de aborto ambulatorio con misoprostol es desconocida o puesta bajo sospecha. A pesar de la evidencia expuesta por la OMS (2013a), FLASOG (2013) y por la práctica masiva de las mismas mujeres, el uso del misoprostol no ha logrado permear en la formación médica. En los relatos se niega e ignora el accionar de las mujeres frente a sus abortos, pese a ser utilizados frecuentemente. El desconocimiento sobre el misoprostol y su amplia utilidad en el campo gineco-ostétrico coincide con el reforzamiento de la relación médico/a-paciente asimétrica y una idea de aborto medicalizado en el que el rol del/de la médico/a sigue siendo central. Así, por lo tanto, se robustece al MMH. Como afirma la FLASOG,

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) recomiendan su inclusión como parte de los medicamentos esenciales de uso obstétrico, considerando que el *misoprostol* un medicamento que aporta enormemente en el mejoramiento de la calidad de atención en salud de las mujeres en el mundo. Sin embargo, a pesar de las evidencias demostradas, su uso continúa siendo limitado, debido principalmente a la necesidad de ampliar la información que todavía no se solidifica entre los profesionales de la salud de nuestras regiones (FLASOG, 2013, p.17).



6. Conclusiones

La carrera de Medicina de la UBA se encuentra desfasada respecto a la regulación vigente en Argentina, especialmente la emitida por el Ministerio de Salud de la Nación, el marco general de DDHH y los estándares de salud que promueve la OMS y FLASOG en lo que refiere al aborto. Esto no es menor, ya que la misma constituye una institución paradigmática de la formación de médicos y médicas en el país. Asimismo, es innegable rol sanitario que desempeña el cuerpo médico en la salud en general y en la cuestión del aborto en particular.

A modo de cierre, se cita a Ángel Luis Terrero E., Presidente de la FLASOG, quien en el prólogo de la edición del año 2013 de la guía *Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología* emite el siguiente mensaje a sus destinatarios/as, médicos/as de Latinoamérica: “Disfruten de un manjar bibliográfico. Apliquen sus orientaciones cada vez que tengan la oportunidad y no priven a las mujeres de ser beneficiadas con el uso racional de este medicamento” (FLASOG, 2013, p. 10).

El misoprostol permite a los/as médicos/as llevar a cabo intervenciones respetuosas y acordes con el Código Penal Nacional y con la Constitución de la Nación; al mismo

tiempo, facilita el cumplimiento con obligaciones éticas, técnicas y legales para garantizar el acceso a métodos de aborto seguro, sin discriminación. Es sumamente atendible el mensaje que emite la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia a los/as médicos/as a quienes se les pide “dejar de ser parte del problema y comenzar a ser parte de la solución frente al problema del aborto inseguro” (citado en Gómez Ponce de León, Díaz Villa, Mines, Díaz Villa y Rodríguez, 2010).

La práctica de auto atención de las mujeres en relación al aborto viene siendo ejemplo y punta de lanza en el ejercicio de derechos. Es evidente que el campo médico tiene mucho que aprender de ello.



7. Referencias

- Aborto no punible: la mayoría de las provincias no cumple el fallo de la Corte.* (2013). Periódico Digital Clarín. Recuperado de http://www.clarin.com/sociedad/mayoria-provincias-cumple-fallo-Corte_0_881911861.html
- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica [ANMAT]. (1998). *Disposición 3646/98*. Argentina: Autor. Recuperado de <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/50000-54999/52130/norma.htm>
- Asociación Uruguaya de Planificación Familiar [AUPF] y la Red Uruguaya de Autonomías [RUDA]. (2008). *Barreras. Investigación y Análisis sobre el Acceso de las Mujeres al Derecho a Decidir*. Montevideo: Autores, IPPF/RHO.
- Blandón, M. M, Chávez, S., Grossman, D., Lara, D. y Távara-Orozco, L. (2008). Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54, 253-263.
- Canelotto, A y Luchtenberg, E. (2010). Introducción. En A. Canelotto y E. Luchtenberg. *Medicalización y sociedad* (pp. 2-6). Buenos Aires: UNSAM.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions in treatable disorders*. Baltimore: JHU Press.
- Demandan al Estado por el aborto no punible.* (2014). Periódico Digital La Nación. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1750984-demandan-al-estado-por-el-aborto-no-punible>
- Devana, C. (2014). Hospitales de Buenos Aires niegan el aborto no punible a una chica de 18 años. *Infojus Noticias*. Recuperado de <http://www.infojusnoticias.gov.ar/provinciales/hospitales-de-buenos-aires-niegan-el-aborto-no-punible-a-una-chica-de-18-anos-2304.html>

- Díaz, G., Marzano, V., Mines Cuenya, A. y Rueda, R. (2013). El aborto lesbiano que se hace con la mano. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012). *Revista Bagoas: estudios gays: género e sexualidades*, 7(9), 133-160.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia [FLASOG]. (2013). *Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología*. Recuperado de <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Usode-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-FLASOG-2013.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2013). *La mortalidad materna ha sido el objetivo más descuidado y es una clara violación a los Derechos Humanos*. Recuperado de http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?view=article&catid=40%3Apoblacion-y-desarrollo&id=164%3Aunfpa-rindio-cuentas-sobre-la-implementacion-del-programa-de-accion-de-cipd-en-la-region&format=pdf&option=com_content
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la Clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gómez Ponce de León, R., Díaz Villa, G., Mines, A., Díaz Villa, V. y Rodríguez, P. (2010). *Acceso a la Información: un derecho básico y una estrategia para reducir el aborto inseguro*. Póster presentado en la XLII Reunión Nacional Anual FLASOG y XXV Congreso Internacional de Medicina General FAMG. Recuperado de <http://abortoconpastillas.info/wp-content/uploads/2011/03/poster-and-page-preview1.pdf>
- La Corte Suprema precisó el alcance del aborto no punible y dijo que estos casos no deben ser judicializados*. (2012). Centro de Información Judicial. Recuperado de <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>
- Lafaue, M. M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D., Chávez, S., Maira, G., Martínez, I., Mora, M. y Ortiz, O. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres de México, Colombia, Ecuador y Perú*. México: Population Council, Gynuity Health Projects. Recuperado de http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/AbortoAL/aborto_medicamentosAL.pdf
- Lesbianas y feministas por la Descriminalización del aborto. (2009). *Hallazgos y reflexiones a un mes de atención de la línea "aborto: más información, menos riesgos"*. Recuperado de <http://informacionaborto.blogspot.com.ar/2009/10/linea-aborto-mas-informacion-menos.html>
- Lesbianas y feministas por la Descriminalización del aborto. (2010a). *Informe de Actividades*. Recuperado de <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Abortoconpastillas-Informe-2010.pdf>

- Lesbianas y feministas por la Descriminalización del aborto. (2010b). *Informe Sombra presentado por Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto ante el Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)*. Recuperado de <http://informacionaborto.blogspot.com.ar/2010/07/lyfda-reporta-al-comite-de-la-cedaw.html>
- Menéndez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp.45-464). Buenos Aires, Argentina: Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Revista Salud Colectiva*, 1(1), 9-32. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000100002&script=sci_arttext
- Menéndez, E. L. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (pp. 25-72). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. L. (2011). Modelos, experiencias y otras desventuras. En H.J. Armando (org.). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo entorno a sus sentidos, métodos y alcances* (pp. 33-66). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mines, A. y Rodríguez, P. (2011). Cuando el aborto toca la puerta del consultorio. En *Anuario de investigaciones*. Argentina: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.
- Ministerio de Educación. (2012). *Anuario de estadística universitaria*. Argentina: Autor. Recuperado de <http://portales.educacion.gov.ar/spu/investigacion-y-estadisticas/anuarios>
- Ministerio de Salud de la Nación [MSN]. (2005). *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto*. Recuperado de http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2005_Guia_Mejoram_Post_Aborto.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación [MSN]. (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación [MSN]. (2011). *Proyecto de capacitación para la atención integral de la emergencia obstétrica*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/manual-breve-practica-clinica.pdf>

- Negaron un aborto no punible a una chica de 13 años* (2014). Periódico Digital Clarín. Recuperado de http://www.clarin.com/sociedad/Negaron-aborto_no_punible-chica-anos_0_1128487424.html
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013a). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013b). *Lista Modelo de medicamentos esenciales*. Recuperado de https://www.icf.uab.es/es/pdf/publicacions/LME18_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014a). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf?ua=1&ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014b). *Mortalidad materna*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Patenlides, E. y Mario, S. (2006). *Morbilidad materna severa en Argentina: prevención y calidad de atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas al aborto*. Trabajo presentado en la XX Reunión Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH), Buenos Aires, Argentina.
- Ramón Michel, A. (2011). El fenómeno de la inaccesibilidad al aborto no punible. En P. Bergallo (comp). *Aborto y justicia reproductiva* (pp. 137-200). Buenos Aires: Ediciones del Puerto.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2013). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (coord.). *Estrategias de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Ed Gedisa.
- Warriner, I. y Shah, I. (2006). *Preventing unsafe abortion and its Consequences. Priorities for research and action*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Zamberling, N. (2007). *El aborto en la Argentina*. Argentina: FEIM, CEDES, IPPF. Recuperado de http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/03_zamberlin.pdf



8. Agradecimientos

Este artículo no podría haber sido pensado sin la experiencia de haber sido parte del colectivo Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto durante los años 2009-2011. También son parte de este los extensos y vitales debates con Verónica Marzano, Gabi Díaz y Roxana Rueda. A ellas y a él mi mayor agradecimiento.





PSM

Población y Salud en Mesoamérica

¿Desea publicar en Revista PSM?
Ingrese [aquí](#)
O escribanos revista@ccp.ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que **cambió el paradigma** en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la **primera en obtener sello editorial** la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indizada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#)



Universidad de Costa Rica

