

Travelling ideas en el Río de la Plata: la implementación del modelo uruguayo de reducción de daños y riesgos frente al aborto provocado en condiciones de riesgo en Argentina.

Sandra Fernandez.

Cita:

Sandra Fernandez (2015). *Travelling ideas en el Río de la Plata: la implementación del modelo uruguayo de reducción de daños y riesgos frente al aborto provocado en condiciones de riesgo en Argentina. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/434>

“*Travelling ideas*”¹ en el Río de la Plata: la introducción del modelo uruguayo de reducción de daños y riesgos frente al aborto provocado en condiciones de riesgo en Argentina

Sandra Salomé Fernández Vázquez

Becaria Doctoral CONICET-UBA-UNDAV

Resumen

Este artículo analiza la introducción del modelo de reducción de daños y riesgos uruguayo en Argentina, a partir de la implementación de las consejerías pre y post aborto en numerosos servicios del sistema público de salud. Desde una perspectiva neoinstitucionalista histórica, profundizaré en el concepto de “*travelling ideas*” (Lopreite, 2012), señalando que en la implementación de estas consejerías han tenido una importante influencia la experiencia uruguaya y las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre técnicas y políticas para la prevención de abortos en condiciones de riesgo. Asimismo, analizaré el rol de los profesionales de la salud que han tomado la iniciativa en la introducción de las consejerías en el sistema público de salud, primero como práctica informal, y después, como política pública con un reducido nivel de institucionalidad.

Palabras clave: consejería pre y post aborto, misoprostol, políticas públicas de salud, *travelling ideas*

INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza la introducción del modelo de reducción de daños y riesgos frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, conceptualizado de tal modo por la organización civil uruguaya Iniciativas Sanitarias (Briozzo, 2002), e implementado en Argentina bajo el nombre de “Consejerías pre y post aborto”, que comienzan a adquirir visibilidad pública y cierto nivel de institucionalidad en la segunda mitad de los años dos mil.

¹ He decidido no traducir este concepto al no haber encontrado una traducción idónea.

La introducción de las Consejerías Pre y Post aborto en los servicios públicos de salud es posterior a la popularización del uso abortivo del misoprostol. Si bien la experiencia de la consejería, como “iniciativa no reglada” (Crojethovic, 2010) o práctica informal, venía realizándose desde hacía varios años en diferentes instituciones del sistema público de salud, los profesionales de la salud involucrados no contaban con un respaldo institucional ni con un marco regulatorio en el que dicha práctica fuese interpretada dentro de la legalidad.

En estas páginas se argumentará que el modelo uruguayo, presentado en diciembre de 2001 y regulado por una ordenanza ministerial en 2004², da un marco de legitimidad a las experiencias que se venían realizando en algunas instituciones de salud argentinas. Es a partir de la institucionalización del modelo en Uruguay que las autoridades locales y los profesionales de la salud que trabajan en ese ámbito, como efectores de la política pública, empiezan a utilizar este mismo enfoque para referir a las consejerías que, teniendo como objetivo la reducción de la morbilidad y mortalidad de las gestantes, encuentran en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante PNSSyPR) el marco regulatorio. La introducción del enfoque de reducción de riesgos y daños frente a los abortos provocados en condiciones de riesgo es una alternativa en contextos de ilegalidad del aborto que pone el acento en definir el aborto como un problema de salud pública.

En el marco de mi tesis de doctorado, estoy realizando entrevistas a profesionales de la salud que implementan las Consejerías Pre y Post aborto en instituciones del sistema público de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires. Hasta la fecha, he entrevistado seis médicos/as: cuatro médicos/as ginecólogos/as, una médica pediatra y hebiatra y una médica familiar. Todos/as los/as entrevistados/as ejercen su profesión en centros de atención primaria de la salud u hospitales públicos del Conurbano bonaerense. Los nombres de los/las entrevistados/as son ficticios. También se han preservado sus pertenencias institucionales.

² La ordenanza ministerial N° 369 regulaba la implementación del modelo de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. En este trabajo, no se hará referencia a la Ley 18426/2008, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, cuyo artículo 8, en el que se promovía la despenalización del aborto, fue vetado por el presidente Tabaré Vázquez. Tampoco se hará referencia a la ley posterior, 18987/2012, de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

DE LA PRÁCTICA CLANDESTINA A LA POLÍTICA PÚBLICA

Ideas globales

En la última década, se ha popularizado internacionalmente el uso abortivo del misoprostol, uso que parece haberse descubierto por la experimentación de mujeres que no deseaban llevar a término un embarazo no planificado, y se ha popularizado tanto entre la población como entre los profesionales de la salud. Son numerosas las *células* del Socorrismo en Red en las que se acompaña a las mujeres que deciden abortar y en las que se tejen redes para conseguir la droga. También son numerosos los estudios biomédicos que se han realizado sobre el uso obstétrico del misoprostol, cuya acción terapéutica era otra. En Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica (ANMAT) ha aprobado el uso obstétrico del misoprostol, en dosis inferiores a las que se usan para abortar, como inductor del parto.

Los organismos internacionales que establecen parámetros y estándares sobre salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por ejemplo, también se han pronunciado con respecto al uso abortivo del misoprostol. La OMS, en la publicación *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, además de ofrecer una detallada descripción de las formas de administración y la posología del misoprostol para su uso abortivo, recomienda dar información a las mujeres que manifiesten la decisión de abortar para reducir la morbilidad de las gestantes y tratar las complicaciones derivadas de un aborto inseguro.

El caso de Uruguay es un caso paradigmático. Es el primer país de la región en implementar una política pública basada en ofrecer información sobre el aborto medicamentoso en un contexto de ilegalidad de la práctica. El modelo de reducción de daños y riesgos comienza a gestarse en Uruguay en el año 2001, a través de un grupo de médicos del Centro Hospitalario Pereyra Rossell. Grupo que en ese año realiza un estudio sobre la situación epidemiológica del aborto provocado y, como en la mayoría de los países en los que el aborto no es legal, identifica que éste es la primera causa de muerte de las gestantes y se proponen la elaboración de la “Estrategia Sanitaria de Reducción de Daños”. Entre la etapa inicial de este modelo y la presentación pública, que se produciría el 8 de marzo de 2002, se busca el aval de las entidades representativas en el ámbito médico, a saber: la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad de Ginecología del Uruguay. Además del compromiso manifiesto por la reducción de la

morbimortalidad de las gestantes desde una estrategia sanitarista, existe una estrategia política: introducir el debate sobre el aborto como un problema de salud pública entre los profesionales de la medicina y presentar la estrategia habiendo obtenido los avales de las principales entidades, no antes.

La conceptualización del modelo como “reducción de riesgos y daños” proviene de las políticas sobre el uso de drogas y hace hincapié en entender el aborto como un problema de salud pública, algo *no deseable* que, ante la evidencia de que no se puede evitar, el Estado toma la decisión de reducir los riesgos. En este mismo sentido, Erdman (2012) identifica tres principios básicos del modelo de reducción de riesgos y daños, a saber: neutralidad, humanismo y pragmatismo. El principio de neutralidad hace referencia a entender el aborto como un problema de salud pública que entraña riesgos y daños, obviando su estatus moral y legal. El principio de humanismo implica considerar a las mujeres como sujetos capaces de cuidarse y tomar decisiones con respecto a su propio cuerpo y su salud, y entiende que, independientemente de la decisión que ésta tome con respecto a un embarazo, debe ser tratada con respeto y dignidad. El principio de pragmatismo supone aceptar la realidad histórica de las mujeres que abortan de un modo inseguro, identificar los factores que las vuelven más vulnerables en esta realidad e intervenir para minimizar los efectos de estos, aun cuando el aborto sea ilegal.

Travelling ideas y policy learning

Un gran número de investigaciones en política comparada analizan el modo en que cambios institucionales o de políticas públicas son transferidos a (*policy transfer*) o difundidos en (*policy diffusion*)³ contextos políticos y sociales diferentes a aquellos en los que se originan. El problema de estos enfoques es que obvian las dinámicas políticas y los actores locales que inciden y permiten la introducción de una nueva política pública. El concepto de “*travelling ideas*” (Lopreite, 2012), en cambio, sugiere que, si bien las normas e ideas globales tienen una importante influencia en los cambios institucionales, son necesarios actores locales dispuestos a introducir esas reformas. En un sentido semejante, el concepto de *policy learning* refiere al “proceso de cognición y redefinición de intereses en base a nuevo conocimiento adquirido que afecta las creencias fundamentales y las

³ Para una mayor información sobre la distinción entre *policy transfer*, *policy diffusion* y *policy convergence* ver Barceló (2002).

ideas que fundamentan una determinada política” (Barceló, 2002:25) de los actores locales y que permiten los cambios institucionales.

La introducción del enfoque de reducción de riesgos y daños frente a los abortos provocados en condiciones de riesgos coincide, en Argentina, con la etapa en la que se produce un mayor avance en lo que respecta al reconocimiento de derechos (no) reproductivos y sexuales (Brown, 2014). El PNSSyPR (Ley 25673/2003), la Ley 26130/2006, mediante la que se legalizan las intervenciones de contracepción quirúrgica y la Ley de Educación Sexual Integral (Ley 26150/2006), son ejemplos de ello. Asimismo, coincide con la gestión de Ginés González García al frente del Ministerio de Salud de la Nación, quien ha sido considerado “el principal y más fuerte aliado de las feministas en el aparato del Estado” (Brown, 2014:263) en ese momento. Sin embargo, la inexistencia de una legislación nacional, o de una regulación proveniente del Ministerio de Salud de Nación, ha implicado que, casi diez años después de la introducción del enfoque, estas políticas públicas no hayan alcanzado un alto nivel de institucionalidad. En numerosos casos depende de la motivación y el interés de los efectores, de la complacencia de las autoridades de las instituciones o de la evaluación que hagan los políticos locales con respecto a la visualización de las políticas de aborto.

El Ministerio de Salud de Nación en conjunto con otras organizaciones, como la Fundación para la Salud del Adolescente (FUSA), han realizado capacitaciones sobre el modelo de reducción de daños y riesgos dirigidas a profesionales de la salud. Al preguntarle a Susana, una de las ginecólogas que afirmaba haber participado de estas capacitaciones, sobre a quiénes se convocaba para estas jornadas de formación, responde sin dudas: “a los piola”. Según la entrevistada, desde el Ministerio se están realizando formaciones y capacitaciones a profesionales, pero sólo se convoca a aquellos que se prevé que están interesados en implementar la política. En la misma línea, otro entrevistado refería haber participado de reuniones que, si bien eran convocadas por profesionales de la salud en puestos de gestión, se producían en absoluto secreto:

[...] nosotros creíamos que estábamos solos haciendo eso, porque esto era tipo secreto, una cosa así, mi compañera, la trabajadora social, iba a los programas de salud sexual y salud reproductiva, y ella trataba de meter el tema, pero no, el tema era “no tenemos anticonceptivos, no tenemos DIU, porque no compran la marca de anticonceptivos tal o la otra”[...] todo muy biomédico, no me dan la posibilidad de meter nada, eh, y hasta que, se acerca, y habla con la Coordinadora [...] le dice “nosotros estamos preocupados por la

cantidad de mujeres que nos vienen a pedir la interrupción del embarazo” y ella dice “¿y qué hacen con ese tema?”, “nosotros les damos información de cómo lo pueden hacer de forma segura”, entonces, ahí nos enteramos que ella estaba armando una red, y nos llama a una reunión [...] contaba [la coordinadora] que una vez hicieron una convocatoria y llegó gente que estaba totalmente en contra del aborto, y que realmente se armó una discusión muy áspera, como que “te vamos a denunciar”, que se yo, y como que empezó a ser un poco más cuidadosa, y a crearle nombres de fantasías a las reuniones, que no me acuerdo si era “Atención integral de la embarazada”, o sea, un nombre de fantasía, y que nos reuníamos en el [nombre del hospital], es un hospital muy antiguo, más de cien años, en un pabellón que está totalmente desarticulado, que eran los quirófanos que hace como quince años que no se utilizan (Carlos, ginecólogo).

La implementación del modelo de reducción de riesgos y daños en Uruguay tuvo un rasgo particular con respecto a la implementación del enfoque en Argentina. En Uruguay el involucramiento de los profesionales de la salud se dio de un modo colectivo-institucional. Fueron el Sindicato Médico del Uruguayn (SMU), la Sociedad de Ginecotocología del Uruguay (SGU) y la Facultad de Medicina de la principal universidad del país, quienes avalaron la iniciativa desarrollada originalmente en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Asimismo, los profesionales de la salud que iniciaron el modelo alcanzaron puestos de gestión en el gobierno nacional, tal es el caso de Leonel Briozzo, actual subsecretario de Salud Pública de Uruguay, puesto desde el que se convirtió en uno de los principales impulsores de la ley⁴ que legalizó el aborto hasta las doce semanas de gestación en 2012.

En Argentina, es notable el compromiso e involucramiento de numerosos profesionales de la salud, sin embargo, éste se ha manifestado a través de redes informales, poco articuladas y cuya injerencia en las decisiones políticas ha sido mínima. Tampoco parece que las entidades como la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) estén dispuesta asumir el protagonismo e incidir en la esfera política que asumieron el SMU o la SGU en Uruguay. El 28 de

⁴ Pese a la legalización, los acuerdos políticos que permitieron la aprobación de la ley dieron como resultado restricciones en el acceso a la práctica del aborto. Los feminismos han criticado varios rasgos de esta legislación, a saber: el plazo de las doce semanas; la necesidad de que la mujer que haya decidido abortar espere los cinco días “de reflexión” para poder acceder a la práctica; la medicalización de la práctica que supone que el aborto sólo sea legal si se produce bajo la supervisión de un médico ginecólogo.

mayo de 2015 se presentó la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, en el marco del trabajo militante que realiza la Campaña Nacional por el Derechos al Aborto Legal, Seguro y Gratuito desde hace diez años. Entre los objetivos de la red está el de crear vínculos entre profesionales de la salud que lleven a cabo prácticas relacionadas con la atención de mujeres en situación de aborto. Todavía está por verse qué efectos sobre la política pública tendrá esta red⁵.

La implementación del modelo de reducción de riesgos y daños en Uruguay, la reducción de la morbilidad materna a partir de esta política pública, así como las publicaciones de organismos internacionales como la OMS, en las que se insta a llevar a cabo acciones para reducir los abortos inseguros, han conferido legitimidad a las consejerías pre y post aborto en Argentina, pese al contexto de ilegalidad. Sin embargo, la inexistencia de una regulación nacional incide en cómo se implementa la práctica.

Autonomía y motivación de los efectores de la política pública

Como señala Crojethovic (2010), los profesionales de la salud encuentran cierta autonomía en el desempeño de sus funciones, sin embargo, esta autonomía se traduce a menudo en soledad o falta de respaldo institucional. Esta falta de respaldo institucional, sin una regulación clara y concisa sobre las consejerías, implica que los profesionales de la salud perciban sus acciones en la consejería como prácticas por fuera de la legalidad, llevándolos, en algunos casos, a realizar la consejería en secreto, sin que la dirección del centro o sus colegas, tengan conocimiento de ello.

Si bien el uso abortivo del misoprostol se conocía al menos desde la década anterior y algunos profesionales de la salud, conocedores de este uso, informaban o inclusive facilitaban la droga a las mujeres que manifestaban el deseo de abortar, es a partir del segundo lustro de los años dos mil, que éstas consejerías pueden considerarse políticas públicas cuyo grado de institucionalización en los ámbitos en los que se desarrollan es muy desigual. Si bien el PNSSyPR permite interpretar la

⁵ Probablemente otro de los factores que ha incidido en la desregulación de las consejerías son los objetivos que ha perseguido la militancia por la legalización del aborto. Desde 2007, año en que se presenta por primera vez el proyecto de ley que ha impulsado la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, no ha habido ningún intento por introducir un proyecto que regule las prácticas que se dan en el marco de las “Consejerías Pre y Post Aborto”. No es contradictorio que la Campaña no haya promovido ninguna regulación con respecto al enfoque de reducción de riesgos y daños, dado que éste define el aborto como algo *no deseable*, como un problema de salud pública, mientras que la Campaña plantea el aborto en términos de derechos sexuales.

implementación de las consejerías dentro de la legalidad y favorece que los profesionales de la salud, comprometidos con la práctica, disfruten de un marco legal que los preserve en un contexto de ilegalidad del aborto, ese programa no hace referencia de un modo explícito a las Consejerías Pre y Post aborto. La inexistencia de una regulación nacional⁶ específica sobre las consejerías y de una política pública formulada desde el Ministerio de Salud de la Nación, ha implicado que las experiencias de consejerías sean muy dispares. En algunos casos, como las Consejerías que se desarrollan en el Municipio de Morón desde 2007, éstas se crean por el compromiso de la Secretaría de Salud del Municipio, se desarrollan en Centros de Atención Primaria de la Salud a través de un equipo interdisciplinar y la existencia de éstas es de conocimiento público⁷. Sin embargo, en otros casos, los profesionales de la salud llevan a cabo la consejería “a pulmón” y sin que la dirección de los centros u hospitales en las que éstas se insertan tengan conocimiento de ello, debido a que los profesionales que las implementan perciben que la consejería no será aceptada por sus superiores jerárquicos (en los servicios de salud) o por las autoridades políticas de las que depende el servicio de salud en el que se inserta la consejería. En una entrevista, una médica de familia, al ser preguntada por la relación entre la consejería y el Estado (local, provincial o nacional) aseguraba:

[La consejería se realiza] en un centro de salud que depende del Municipio, pero es una elección nuestra que no se enteran nadie. En este Municipio nadie lo sabe. [...] le hacemos un vínculo de acompañamiento y de cuidado, pero de cuidado mutuo. Ellos no pueden decir nada de nosotros, eh, y llevan escrito una receta que está a nombre de la abuelita, o del tío y se la doy porque tienen

⁶ Recientemente, el actual Ministro de Salud de la Nación, Daniel Gollán, poco después de su asunción, manifestó que su gestión promovería la regulación de las consejerías. Sin embargo, el Jefe de Gabinete, Anibal Fernández, tras las declaraciones del Ministro, las desmintió de inmediato y aseguró que “el aborto no estaba en la agenda de este gobierno” (<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/nacionpromoveriaespaciosparaasesorarsobreelaborto>, visitado 10/04/2015).

⁷ En la página web del municipio se puede encontrar información al respecto, qué Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) cuentan con equipos interdisciplinarios en los que se lleva a cabo la consejería y cuáles son los objetivos de ésta política pública, a saber: “acompañar a las mujeres que dudan respecto a la continuidad del embarazo y/o tienen decidida su interrupción, desde un espacio de escucha y respeto que favorezca la toma de decisiones informada; garantizar el acceso de las mujeres a todos los recursos de salud necesarios, preventivos y asistenciales disponibles en el Municipio; prevenir la mortalidad y las consecuencias sobre la salud de las mujeres que pueda provocar la realización de un aborto inseguro” (https://www.defensoriamoron.gob.ar/salud/salud_preencion.php, última visita 18/06/2015)

artrosis, porque es un tratamiento para la artrosis, también, el Misoprostol (Gabriela, médica de familia)

En otros casos, a medio camino entre la institucionalización y la percepción de clandestinidad⁸ que muestran estos extremos, los profesionales de la salud que toman la iniciativa de introducir las consejerías cuentan con el beneplácito de las autoridades, sin embargo, éste está mediado por la “lógica de la confianza y la buena fe” (Rowan & Meyer, 1977: 357) en la que a los profesionales de la salud se los insta a “ser discretos”, evitar que la práctica sea de conocimiento público y la contrapartida es “hacer la vista gorda” (Rowan & Meyer, 1977: 358). Una entrevistada señalaba:

[...] el intendente no quiere hacer capacitaciones a directores. No le importa lo que yo haga, pero que no se diga que acá se hacen abortos (Susana, ginecóloga).

La percepción de clandestinidad y el miedo al estigma por parte de sus colegas afecta a la realización de la consejería, a las indicaciones que se le dan a la mujer que acude a recibir información y contención. *La intemperie y lo intempestivo*, de la que hablan Chaneton y Vacarezza (2011), parecen tener su correlato en la incertidumbre y el temor que aflige a algunos profesionales de la salud que implementan la consejería en contextos institucionales más hostiles. Gabriela, la médica de familia entrevistada, quien aseguró que ni el municipio ni algunos de sus colegas del centro sabían que existía una consejería en el CAPS en el que desarrolla su profesión, señala:

[...] hay toda una formación, una enseñanza para la paciente, como lo tiene que usar, como lo tiene que conseguir primero, como lo tiene que usar, y toda una estrategia para concurrir al Hospital. Porque les he tenido que decir siempre, porque han sido perseguidas, siempre las he tenido que informar de que nieguen todo. [...] Vos intentas una segunda vez, pero si no se completa tenés que caer al hospital. Cuando caen al hospital, ahí hay toda una preparación por parte nuestra hacia la mujer de que es lo que tiene que decir. Hay un latiguillo muy frecuente que lo hacían en Morón y lo hacen también en esta zona que es que cuando caen a la guardia de Ginecología, el ginecólogo le pone el espéculo, le mira y le dice “te pusiste una pastilla”, y mis pacientes iban preparadas para

⁸ Hablo de percepción de clandestinidad y no de clandestinidad, porque la implementación de las consejerías, siempre que el profesional de la salud no facilite el medicamento, o la receta médica y no participe activamente en la realización del aborto, no son ilegales. Están preservadas por el deber de confidencialidad del profesional de la salud y por el derecho a la información del paciente. Sin embargo, algunos/as de los profesionales de la salud entrevistados/as, inclusive una médica ginecóloga, cuya entrevista no me permitió grabar, aseguraban temerle también a la etigmatización por parte de sus colegas.

decirle “no, ¿de qué me está hablando? No, mire, yo me estaba controlando el embarazo en la salita y me pasó esto, y no pude ver a mi doctora porque no estaba y vine acá”. Tienen que decir una mentira y tienen que negar [...]. Entonces hay toda una *preparación* que, esto es una gran carga: a la angustia que tiene la mujer para poder decidir hacer el aborto, a esa angustia le agregamos toda la angustia que te genera el sistema de salud, entonces, donde tienen nuestro acompañamiento pero tiene un límite porque no somos un centro quirúrgico, entonces no lo podemos terminar. (Gabriela, médica de familia).

La inexistencia de una norma que regule la práctica de las consejerías incide en muchos casos en el desarrollo de estas, en la contención y acompañamiento que aspiran a realizar. La entrevistada asegura preparar a la mujer que asiste a la consejería por si hubiese complicaciones en el aborto que la obligasen a acudir a un hospital, en el que, según prevé la entrevistada, será maltratada por haberse provocado un aborto.

En este punto, es necesario preguntarnos qué motiva a los profesionales de la salud a seguir realizando las consejerías en contextos hostiles, en los que inclusive prevén poner en peligro el ejercicio de su profesión. No es sin duda una motivación o interés que se pueda interpretar aludiendo a la noción de “actor racional”. Crojethovic (2010), en su tesis doctoral, analiza las motivaciones y los intereses de los profesionales médicos al sostener su pertenencia a instituciones de salud pública en condiciones de precarización laboral. Si bien las condiciones descritas por Crojethovic son otras, la implementación de la consejería reproduce algunas de estas mismas condiciones: incertidumbre y percepción de falta de reconocimiento de los superiores jerárquicos en el ejercicio de la profesión, son ejemplos. Los profesionales de la salud encuentran en la implementación de las consejerías un interés que tiene que ver con el sentido subjetivo que le confieren a la actividad y que los ubica al interior del juego, que no los deja fuera (Bourdieu, 1991).

[El compromiso con la consejería] vino así, naturalmente porque me... Eh, desde la acción, *no me podía quedar afuera*. Vino así. Después se transformó en una *militancia*... Eh, después descubrí que tenía que ver con [...] *por qué hago Ginecología* y, que no lo sabía, lo supe ahora, ¿no? De lo que significa acompañar mujeres y ayudar, acompañarlas desde todo punto de vista, ¿no? Y digamos que el Aborto es como... Es como el punto más contundente (Valeria, ginecóloga Servicio de Adolescencia)

Las palabras de Valeria, en las que afirma haber descubierto a través de las consejerías el porqué de su decisión de hacer ginecología, ponen de manifiesto que la atención en aborto también puede ser una práctica orientada por la conciencia y, por lo tanto, que existen “convicciones morales que pueden motivar tal práctica” (Harris, 2012).

CONCLUSIONES

El modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo ha sido implementado en Argentina a través de las consejerías pre y post aborto. La implementación de esta política pública en el país vecino ha conferido legitimidad a prácticas que venían realizando numerosos profesionales de la salud. El enfoque, cuya conceptualización proviene de las políticas de uso de drogas, pone el acento en entender el aborto como un problema de salud pública y en la necesidad de que el Estado lleve a cabo acciones encaminadas a reducir la morbilidad y mortalidad de las gestantes por causa de un aborto provocado en condiciones de riesgo, aun en contextos de ilegalidad del aborto.

Desde que se empezasen a introducir en los sistemas públicos de salud y se enmarcasen en el PNSSyPR, las consejerías han variado en función de su implementación (en qué espacios se implementan, cuáles son los objetivos, las prácticas que se desarrollan, etc.), su grado de institucionalización y la percepción de los profesionales de la salud involucrados con respecto a la práctica que realizan. Esta heterogeneidad en las consejerías deriva de la inexistencia de una regulación nacional que establezca un marco conciso para la implementación de la práctica. Mientras tanto, esta política pública depende de la voluntad política de actores locales, como en el Municipio de Morón, en el que las consejerías cuentan con un alto nivel de institucionalización, o del compromiso e interés de los efectores de la política pública, los profesionales de la salud. En este último caso, la política pública es más vulnerable a los cambios institucionales que se puedan producir.

Para finalizar, si bien el modelo uruguayo y su éxito en la región han establecido un contexto más favorable a la introducción de cambios en las políticas públicas de aborto, éstas siguen dependiendo de factores del contexto local, sobre todo de cómo los actores políticos, estatales y de la sociedad civil, instrumentalicen los avances que se han dado en el contexto regional.

Mientras se escribe este trabajo, ha sido introducido y aprobado en la Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires un proyecto de ley para la creación de “Consejerías para la reducción de riesgos y daños en situación de embarazos planificados, las que funcionarán en los centros de atención primaria de la salud y hospitales de la provincia de Buenos Aires”⁹, proyecto introducido por la senadora Mónica Macha, del partido Nuevo Encuentro, y que pretende reproducir el modelo de las consejerías del Municipio en toda la provincia.

Bibliografía

- Barceló, E. R. (2002). Nuevas herramientas conceptuales para el análisis de políticas públicas: la literatura sobre difusión y transferencia de políticas. *Gestión y análisis de políticas publicas*(25), 23-32.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Briozzo, L. (2002). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.
- Cereijo, R. (6 de Mayo de 2015). ¿Qué son las consejerías para embarazos no planificados? *Agencia Paco Urondo Periodismo Militante*. Recuperado el 9 de Mayo de 2015, de <http://www.agenciapacourondo.com.ar/secciones/ddhh/16937-ique-son-las-consejerias-para-embarazos-no-planificados.html>
- Chaneton, J. y. (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Ed. Marea.
- Crojethovic, M. (2010). *Desde abajo, la construcción de políticas públicas en salud. Hacia una definición de la informalidad*. Buenos Aires: Tesis Doctoral FSOC-UBA.
- Erdman, J. N. (2012). Harm reduction, human right and access to information on safer abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118(1), 83-86.
- Harris, L. H. (2012). Recognizing Conscience in Abortion Provision. *The New England Journal of Medicine*, 367(11), 981-983.
- Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G., Castro, A., & Arribeltz, G. (2011). *(Des)penalización del aborto: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: Colección Art. 2 Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Publica de Temas de Interés General.

⁹ Expediente E 313 2014-2015 (http://www.senado-ba.gov.ar/secleg_busqueda_acypro_detalle.aspx?expe=96439, visitado 19/06/2015).

- Lopreite, D. (2012). Travelling ideas and domestic policy change: The transnational politics of reproductive rights/health in Argentina. *Global Social Policy*, 12(2), 109-128.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2009). *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto*.
- OMS. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*.
- Pecheny, M. (2006). 'Yo no soy progre, soy peronista', ¿por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto? En C. e. Cáceres, *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. FASPA/UPCH.
- Rowan, B., & Meyer, J. W. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Zamberlin, N. (2009). Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en el contexto argentino. *CEDES-CLACAI*.