



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social**

**Título del documento: Interrupción del embarazo y el derecho a decidir: una mirada desde los centros de atención primaria de la salud**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Diego Antonio Badalucco**

**Jessica Gimenez Riquelme**

**María Inés García, dir.**

**Mónica A. Gamardo, co-dir.**

**Anni Engelmann, co-dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2022**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



**Universidad de Buenos Aires**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Carrera de Trabajo Social**



“Interrupción del embarazo y el derecho a decidir: una mirada desde  
los Centros de Atención Primaria de la Salud.”

*Trabajo de investigación final.*

**Cátedra:** Clemente.

**Autores:**

- Diego Antonio Badalucco. 35351879 Mail: [Diegoantoniobadalucco@gmail.com](mailto:Diegoantoniobadalucco@gmail.com)
- Jessica Gimenez Riquelme - 38789008 Mail: [yessigr1602@gmail.com](mailto:yessigr1602@gmail.com)

**Tutor/a temático/a:** María Inés García. Mail: [Minessgg@yahoo.com](mailto:Minessgg@yahoo.com)

**Seminario TIF:** Segundo cuatrimestre 2019.

**Fecha de presentación:** 3/11/2022

## **RESUMEN.**

**Título:** “Interrupción del embarazo y el derecho a decidir: una mirada desde los Centros de Atención Primaria de la Salud.”

**Cátedra:** Clemente.

### **Autores:**

- Diego Antonio Badalucco.  
Mail: Diegoantoniobadalucco@gmail.com
- Jessica Gimenez Riquelme.  
Mail: yessigr1602@gmail.com

**Tutor/a temático/a:** María Ines Garcia.

**Tutor/a metodológico/a:** Mónica A. Gamardo.

Anni Engelmann.

**Fecha de presentación:** 3/11/2022

**Palabras clave:** Interrupción del embarazo - Salud - Estrategias de intervención - Politización.

El presente trabajo tiene como finalidad conocer, a través del relato de las profesionales de dos instituciones de salud, como se configuró el acceso a interrupciones del embarazo de las mujeres y/o personas gestantes que se encuentran en situación de vulnerabilidad en el partido de San Martín durante el periodo que comprende los años 2018-2021. Para esto, indagaremos en las prácticas profesionales poniendo la mirada principalmente en la incidencia que tuvieron los debates sociales en torno a la interrupción voluntaria del embarazo y el derecho a decidir que nos atravesaron fuertemente estos años. Para ello realizamos 7 entrevistas a profesionales que intervienen en los espacios de salud sexual y reproductiva de dos centros de atención primaria de la salud (CAPS) del partido de San Martín.

En relación a las referencias teóricas que apoyan esta investigación, destacamos los aportes de Stolkiner, Comes, Dosso, Rubin, Foucault y Bourdieu, entre otros. Los/as cuales nos brindaron herramientas para problematizar nuestra intervención desde el Trabajo Social, y ampliar nuestros horizontes de análisis respecto al proceso de politización en torno al derecho de las mujeres a poder elegir libremente sobre sus cuerpos, y el momento de maternar (o no).

## **Agradecimientos**

A nuestras familias, amigas y amigos, quienes nos apoyaron pacientemente en todo el proceso.

A María Inés, nuestra tutora temática, quien, a partir de sus saberes, nos brindó herramientas necesarias en este proceso.

Al CODEI del partido de San Martín y las profesionales entrevistadas, que nos permitieron realizar las entrevistas necesarias para el desarrollo de nuestro trabajo en un contexto particular de pandemia.

A la Facultad de Ciencias Sociales, específicamente, a la Carrera de Trabajo Social, que nos dió herramientas para repensar la realidad social desde el ingreso a la misma.

<b>Introducción.</b>	5
<b>Capítulo 1: Aborto legal, una deuda de la democracia lograda.</b>	8
1.1 Hacia una conceptualización del campo de la salud.	9
1.1.1 El control de los cuerpos: La sexualidad	11
1.2 Breve recorrido histórico del aborto en Argentina.	12
1.3 ¿Qué cambios introdujo la ley?	21
<b>Capítulo 2: Del barrio a los Centros de Salud en el Municipio de San Martín. Acceso a interrupciones de embarazo.</b>	23
2.1 Acceso a la salud. Repensando el concepto de accesibilidad	23
2. 2 Acceso a la interrupción legal del embarazo: estrategias de las profesionales de los centros de salud 3 y 10.	26
2.3 Tensionando las prácticas interdisciplinarias en la realidad institucional de los CAPS.	32
2.4 Repensando la accesibilidad luego de la ley.	36
<b>Capítulo 3: La politización del Aborto. El derecho a decidir sobre nuestros cuerpos.</b>	38
3.1 La politización de la sexualidad.	38
3.1.1 La politización del aborto: la búsqueda del derecho.	40
3. 2 Repensando el aborto: de lo punitivo al derecho.	45
3.3 La apropiación subjetiva del derecho al aborto en las profesionales.	49
<b>Conclusiones.</b>	52
<b>Bibliografía.</b>	

## **Introducción.**

El presente trabajo se enmarca en la materia “Seminario de trabajo de investigación final” (TIF) de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y pretende indagar en la temática de las interrupciones de embarazo realizadas en los centros de atención primaria nro. 3 “Eva Perón” y el nro. 10 “V. Esperanza” pertenecientes al Partido de San Martín.

El principal interés que nos motivó a realizar esta investigación fue poder ampliar el conocimiento sobre el acceso a interrupciones legales del embarazo de las mujeres y/o personas gestantes que se encuentran en situación de vulnerabilidad, en Centros de atención primaria de la Salud dentro del partido de San Martín. Orientamos nuestra investigación a los Centros de atención primaria de la Salud ya que representan lugares de referencia para la población y en ellos se canalizan y aborda gran parte de las demandas de interrupciones de embarazo del partido. Para esto, nos propusimos indagar en las prácticas que los equipos de profesionales fueron desarrollando durante los años 2018-2021, las cuales estuvieron atravesadas por las movilizaciones sociales que se fueron generando en torno a la problemática del aborto y que interpeló a toda la sociedad. A raíz de lo mencionado, la pregunta de investigación que motivó nuestro trabajo fue: ¿cómo la politización del debate generado en torno a la presentación del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) del año 2018 se relaciona con las prácticas actuales de los equipos interdisciplinarios que intervienen en las interrupciones legales del embarazo (ILE) en los CAPS 3 y 10 pertenecientes al Partido de San Martín? Siendo estos nuestra unidad de análisis y nuestra unidad de recolección de información las profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios que intervienen en la realización de ILEs en los CAPS.

En clave de dar respuesta a este interrogante, nos planteamos como objetivo general: *Indagar y analizar cómo se configura la accesibilidad a la interrupción legal del embarazo de las mujeres en situación de vulnerabilidad en los centros de atención primaria de la salud N° 10 y 3.* Y para aproximarnos con mayor profundidad, los siguientes objetivos específicos: *Conocer las percepciones y representaciones de los/las profesionales sobre la interrupción del embarazo a través de sus propios relatos; Identificar los cambios en las prácticas generadas al interior de los equipos interdisciplinarios en torno a la interrupción legal del embarazo; Conocer el posicionamiento/opinión de los/las profesionales en relación a la politización del*

*debate generado en torno a la interrupción voluntaria del embarazo producido durante el año 2018.*

Cabe aclarar que, para poder realizar las entrevistas en los centros de salud, desde los mismos nos pidieron previamente una autorización del comité de Docencia e Investigación (**CODEI**) del partido de San Martín al cual debimos enviar un correo electrónico solicitando dicha autorización, demorando nuestra salida a campo, debido al contexto particular en el que nos encontrábamos. Las entrevistas fueron realizadas desde diciembre del año 2020 a noviembre del año 2021, período atravesado por la pandemia mundial, decretada en marzo del año 2020 y generada por el virus SARS-CoV-2. En este contexto de reorganización mundial es que se conquista la ley 27.610, la cual regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE), y la atención post aborto de todas las personas con capacidad de gestar. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas para su posterior análisis. Dicho material, sumado a los contenidos teóricos, permitieron realizar un acercamiento a la realidad del aborto, a las prácticas profesionales y las representaciones sociales actuales que prevalecen sobre el mismo en el partido.

La siguiente investigación fue planteada desde una metodología cualitativa, con entrevistas semi-estructuradas, las cuales presentan un grado mayor de flexibilidad ya que tienen carácter descriptivo. En nuestro diseño de investigación se planificó llevar a cabo 6 entrevistas a profesionales que intervienen en la consejería de ILE, a saber: Trabajo social, Psicología y medicina Gral. Dado que una de las trabajadoras social no formaba parte del espacio de salud sexual donde se abordaban las demandas de ILEs y con el objeto de profundizar nuestro análisis, hemos decidido incorporar el testimonio de otra trabajadora social para poder recabar la información pertinente a la dinámica y a la forma de abordaje. Esta última estaba realizando parte de su residencia en el espacio de salud sexual del CAPS 10. Cabe mencionar que este espacio era sostenido por residentes, especialmente de medicina general y algunos profesionales de planta. A raíz de lo mencionado, es que se llevaron a cabo siete (7) entrevistas semi-estructuradas a dos médicas, tres trabajadoras sociales y dos psicólogas, pertenecientes a los dos centros de atención primaria nombrados. Algunas de estas debimos hacerlas de forma presencial cuando la coyuntura lo permitió y otras vía video llamada (ZOOM).

La guía de entrevistas debió ser modificada en el transcurso de la realización de las mismas, debido a que la realidad institucional debía atender a las demandas que llegaban en este nuevo

contexto de pandemia. Frente a la reorganización del sistema de salud, los hospitales priorizaron su atención en la enfermedad de COVID y los centros de atención primaria de la salud debieron contener todas las patologías que quedaron en un segundo plano. También la sanción de la ley en diciembre del 2020 nos requirió hacer algunos cambios en las entrevistas.

La investigación se realizó en el primer nivel de atención de la Salud, debido a que en dicho nivel se canalizan y se abordan gran parte de las demandas de interrupciones de embarazos del partido. Los CAPS fueron elegidos estratégicamente ya que eran lugares de referencia para la población, en donde se realizaban interrupciones legales hace años. El vínculo con los mismos se generó a partir de haber realizado las prácticas pre-profesionales en otra institución de Salud del partido de San Martín. A pesar de no tener una inserción previa en la institución, fue favorable la predisposición de las profesionales al momento de ser entrevistadas.

En este punto, consideramos relevante hacer una breve descripción de la particularidad del partido de San Martín para entender la propia dinámica que tienen los centros de Salud. Los CAPS 3 y 10 se encuentran ubicados en el Partido de General San Martín. Dicho Municipio, integra la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires junto a otros 13 Partidos y forma parte de la denominada Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

El sistema de salud del partido se encuentra conformado por establecimientos de todos los niveles de complejidad. Por un lado, diecinueve CAPS, dos hospitales locales, un instituto de rehabilitación psicofísica, un centro de Salud mental y un hospital Municipal con complejidad de alto riesgo y terapia intensiva. Además, en el municipio existen dos hospitales que dependen de la provincia de Buenos Aires con complejidad de alto riesgo, uno de ellos, el Eva Perón, y por el otro lado, el hospital Gral. Manuel Belgrano. Esta última institución era referencia a la hora de derivar una intervención de ILE que no se pueda realizar de forma ambulatoria o por alguna complicación post-aborto.

Cada uno de los establecimientos municipales tiene delimitada un área programática, las que se pueden definir como un ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, para ejecutar los programas de atención médica y saneamiento ambiental (Lemus J. 1994). Es considerado como un concepto operativo, en el cual cada efector debe prestar asistencia médica y realizar tareas de prevención en el área que tiene bajo su responsabilidad.

El área programática correspondiente a los CAPS abordados presenta una gran heterogeneidad socio-cultural, demográfica y habitacional, existiendo múltiples diferencias entre los barrios que la componen. Tomando las palabras de una de las profesionales entrevistadas podemos decir que nos encontramos frente a *“Una población que tiene las necesidades básicas insatisfechas... Es una población atravesada por múltiples complejidades en cuanto también a vulneración de derechos”*<sup>1</sup>.

El presente trabajo se estructura en tres capítulos. El primero, capítulo introductorio, nos acercará al contenido teórico base de nuestra investigación, donde se hará referencia a conceptos claves, como ser el campo de la salud, la sexualidad como disputa política y finalizando con un recorrido histórico sobre el aborto, los cuales guiaron nuestro análisis. En el segundo capítulo nos centraremos en visualizar las prácticas y estrategias profesionales, las cuales se conjugaron como pieza fundamental para garantizar el acceso a interrupciones legales en el partido de San Martín previo a la sanción de la ley. En el último capítulo nos propondremos plantear cómo la politización del debate en torno a la cuestión del aborto permeó en la subjetividad de las profesionales, ahondando en las percepciones y representaciones que las mismas tenían con respecto al aborto.

Finalmente, a modo de conclusión y cierre de nuestro trabajo, esbozaremos algunas reflexiones finales e incorporaremos algunos interrogantes que fueron emergiendo a lo largo del proceso investigativo. Luego, expondremos la bibliografía que guió nuestro trabajo de investigación y anexamos las entrevistas que fueron sustento de nuestras reflexiones.

## **Capítulo 1: Aborto legal, una deuda de la democracia lograda.**

Al hablar de aborto en la historia argentina, nos referimos a un debate atravesado por discursos a favor y en contra durante décadas, que impulsó el desarrollo de diversas acciones colectivas por parte del movimiento feminista y disidencias sexuales durante todo el siglo XX. Dándose distintos momentos de resistencia, lucha, pujas, avances y retrocesos en torno al derecho al aborto. En el presente capítulo, pretendemos recuperar el contexto social y político que ha dado

---

<sup>1</sup> Trabajadora social CAPS 10

marco a las disputas que se fueron desarrollando a través de los años y también introducir algunos conceptos que nos permiten entender estas disputas.

### **1.1 Hacia una conceptualización del campo de la Salud.**

Antes de comenzar a indagar en la historia del aborto en la Argentina, introduciremos algunos conceptos centrales a tener en cuenta para analizar el largo proceso de lucha que se dió en torno la legalización del aborto. La Salud es considerada por todas las culturas como un bien cuyo cuidado y mejoramiento emerge como una de las más importantes necesidades, ya sea desde la perspectiva de los individuos o de la sociedad misma. Pero a la hora de definir *salud* no aparece un concepto unívoco, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. Se trata de una construcción sociocultural vinculada a cada momento histórico. Conforme a lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>, es definida como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. De aquí se desprende una visión de la salud de forma integral, entendida como una idea superadora de la visión biologicista e individualista del proceso salud-enfermedad. En este marco, Rojas Soriano (1983) plantea que “*el proceso de salud-enfermedad deja de concebirse entonces como algo exclusivamente biológico e individual y se plantea como un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos, en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre sí*”. Por lo tanto, es imprescindible tener en cuenta que lo social atraviesa el mencionado proceso y no es sólo un componente más.

La salud es una cuestión pública. Por tal motivo, el Estado adquiere un rol fundamental al momento de garantizar la salud de toda la población. Para lograrlo ha requerido de una organización que permitiera abordar las necesidades que surgen día a día en la población: el sistema de salud.

Al hablar de *sistema de salud* nos referimos a un modelo de organización social cuya función será dar respuesta a los problemas de salud de la población. Este término hace alusión a un conjunto de actores y acciones que abarca más aspectos que solo la atención médica y que incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

El mencionado *sistema* se expresa de forma tripartita: por un lado, el sector Estatal, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, de las provincias,

---

<sup>2</sup> <https://www.who.int/es>

y/o los municipios. Por otro lado, las obras sociales, las cuales se financian a partir de aportes realizados por los trabajadores y empleadores. Finalmente, el sector privado. Nos encontramos con un subsector público que trabaja con la fórmula universalista de atención pero que encuentra limitaciones y no logra llegar a los sectores más vulnerables; un subsector de Obras Sociales que pretende dar cobertura a los trabajadores pero que no asegura a aquellos que se encuentran en situación de desempleo ni a los trabajadores informales. Y, por último, un subsector privado, que solo apunta a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva. Podríamos decir entonces que el sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado y desarticulado.

Partiendo de lo expuesto, entendiendo la complejidad que representa el desarrollo del sistema de salud argentino, consideramos trabajar con la noción de Campo. El mismo es entendido por Bourdieu (1995) como “(...) *una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación -sitos- actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) -cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo- y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)*” (P. 64). Dentro de este campo se llevan a cabo distintas luchas por el poder entre los agentes que lo integran.

A partir de lo expresado, entendemos que al interior del campo de la Salud se dan relaciones complejas a través de la convergencia de actores, recursos, diversidad de intereses, que los diferentes agentes intervinientes, luchan para la conformación, consolidación y apropiación y/o el predominio de uno o más de los capitales (simbólicos, económicos, culturales y sociales). Posicionarnos desde el paradigma de la complejidad es de vital importancia a la hora de abordar la interrupción del embarazo, ya que dicha práctica acarreó fuertes discusiones y tensiones al interior de las instituciones y la sociedad misma, razón por lo cual las mismas no pueden ser entendidas a partir de un determinismo causa-efecto. No obstante, es menester traer a colación a Cavalleri (2008) quien nos alerta que la realidad es un todo dialéctico, donde cada hecho debe ser entendido a partir de una globalidad que los estructura y a la vez dicha estructura es producto de los mismos.

Al entender el aborto como un problema de Salud pública por estar vinculado tanto a la salud y vida de las mujeres, como a sus derechos sexuales y reproductivos, dejando de lado la

cuestión filosófica o religiosa, se pone la mirada en el Estado, que, como mencionamos, es el principal actor que debe garantizar la salud de las personas ya que toda la población, sin exclusiones, tiene derecho a la salud, independientemente del subsector prestador de servicios de salud (público, seguridad social y privado). Es el Estado quien va a tener que garantizar las condiciones de seguridad sanitaria para que aquellas mujeres o personas gestantes que deciden interrumpir un embarazo, cualquiera sea el motivo, puedan hacerlo sin que devenga en consecuencias negativas para su salud o ponga en riesgo sus vidas. Es relevante destacar que la regulación de la sociedad, incluido el cuerpo de las mujeres, han estado limitados a lo largo de los años por un marco normativo donde el Estado determina las directrices de su comportamiento, funcional a un sistema más amplio, el sistema capitalista - patriarcal en el que estamos inmersos. Por lo tanto, a continuación, nos proponemos seguir indagando en este punto, en lo que sucede con el control de los cuerpos, especialmente el de las mujeres, y la regulación de la sexualidad.

### **1.1.1 El control de los cuerpos: La sexualidad**

Partiendo desde una perspectiva histórica, la medicina entendida como disciplina científica, cobra gran relevancia con la emergencia del capitalismo industrial a partir del siglo XVIII, cobrando una gran participación en el ordenamiento social. Dicha disciplina, por mucho tiempo ha tenido y tiene una relación estrecha con el control social de la población, con la vigilancia y el disciplinamiento de los cuerpos. Siguiendo a M. Foucault (1997) dicho control social que impone la sociedad sobre los individuos, no solo se ejerce a través de la conciencia o la ideología, sino también en y con el cuerpo. Las distintas medidas que se tomaban por parte del Estado tendían a crear un cuerpo dócil, centrado en el trabajo, ya que el individuo representaba un importante recurso productivo para el sistema capitalista. En este punto, intervenir en la reproducción de la fuerza de trabajo se volvió central para el Estado.

Entre las medidas tomadas podemos nombrar el control de la natalidad, la prolongación de la vida, la prevención de epidemias y la regularización de los hábitos corporales. Las políticas para someter y disciplinar las prácticas sociales se enfocaron en el cuerpo físico, en particular en todo lo que concierne al sexo y al ejercicio de la sexualidad. En muchos casos, las mismas estaban principalmente destinadas al control de los cuerpos de las mujeres. Especialmente vinculado a la reproducción y a la toma de decisión sobre sus propios cuerpos.

Actualmente, el Estado, a través de sus políticas públicas, continúa reproduciendo este control sobre los cuerpos, tal es el caso de las políticas en torno a los derechos sexuales y reproductivos (no reproductivos). En este punto traemos los aportes de Marcela V. Rodríguez (2018) quien plantea que *“el control de la sexualidad y la reproducción ha sido elemental para mantener a las mujeres en un lugar de subordinación”* (P. 9). Por consiguiente, el Estado a través del monopolio de la sanidad, nos hace más dependientes y nos controla. La medicina es utilizada como un instrumento más de control social. Las mujeres han tenido que enfrentar muchas situaciones de violencia a lo largo de sus vidas, y la misma se convierte en una herramienta de control, que se sigue utilizando sin importar la sociedad o la época, y las coloca en un lugar de subordinación frente al poder de lo masculino. En tal sentido, podemos decir que la violencia de género es una forma efectiva y eficiente de hacer que las mujeres permanezcan en el espacio de lo privado, lo íntimo, ese lugar que tienen asignado como “natural”. Es importante señalar que la negación de derechos a las mujeres es también una forma de violencia de género ya que atenta sobre la posibilidad de vivir sus vidas plenamente, en la que el Estado tiene un rol importante en su reproducción, al no garantizar el pleno ejercicio de los mismo para todas ellas. Graciela Hierro (2003) sostenía que la *“lucha de las mujeres por sus derechos humanos arranca del derecho al cuerpo, al lugar que queremos jugar en el mundo privado y en el público”* (p. 132). Poder tomar decisiones sobre su propio cuerpo en libertad es lo que también permitirá que puedan decidir su lugar en la sociedad.

A partir de lo expuesto anteriormente, en el próximo apartado nos proponemos dar cuenta, brevemente, lo que fue sucediendo a lo largo de los años en torno al aborto en Argentina y el papel que tuvieron los movimientos feministas, en visibilizar esta problemática que atravesaba las mujeres de manera silenciosa, dando batalla para reapropiarse del control de sus cuerpos negado.

## **1.2 Breve recorrido histórico del aborto en Argentina.**

Para comenzar, es importante mencionar que el aborto es entendido como la interrupción del embarazo y el mismo puede producirse de manera espontánea o inducida.

Inicialmente, consideramos relevante recalcar que los movimientos feministas sostuvieron un rol crucial en la visibilización del tema, ya que los espacios en la escena pública que fueron

ganando las mujeres a lo largo de los años, saliendo a las calles, movilizándose, permitieron que se pudiera hablar de esta práctica invisibilizada en una sociedad fuertemente patriarcal. El feminismo en la Argentina *moderna* emerge hacia finales del siglo XIX e inicios del XX frente a una sociedad en la cual las mujeres no solo estuvieron actuando y cumpliendo su rol socialmente asignado de “cuidadoras”, sino que, además, de una u otra manera, estuvieron influenciando y opinando en la vida política, aunque no se le reconociera su derecho de ciudadanía.

El primer antecedente en la legislación argentina donde se menciona la cuestión del aborto se da en 1886 con la primera sanción del código penal que estaba basado en el código de la provincia de Buenos Aires, también llamado código tejedor, que no incluía la legislación penal en su totalidad. En el mismo se introdujo por primera vez el aborto como delito, otorgándole un tratamiento especial y considerándolo un agravante frente al delito de homicidio, sobre todo, si el mismo se realizaba con el consentimiento de la mujer embarazada. La mencionada normativa no solo criminalizaba a la mujer gestante sino también a aquel individuo que lo realizaba. De esta forma, la criminalización del aborto funcionó como herramienta para consolidar el rol materno asignado socialmente a las mujeres.

En 1921, luego de que se revaluara el código penal vigente, se sancionó un nuevo Código, fuertemente legitimado, el cual, con modificaciones parciales, es el vigente hoy en día. En el mismo se mantuvo el delito del aborto como algo distinto al de homicidio, y se aumentaron las penas de 3 a 4 años para quienes cometieran un aborto de forma voluntaria. Sin embargo, el código incorpora en su art. 86, dos incisos que establecen “las causales” de un aborto no punible, es decir sin consecuencias legales, tanto para la mujer como para aquel profesional que intervenga en su realización:

*“1.º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;*

*2.º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”.*<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/norma.htm#:~:text=87..fuere%20notorio%20o%20le%20constare.>

En 1968, mientras la Argentina se encontraba bajo la dictadura autodenominada “Revolución Argentina”, se sanciona el decreto Ley N°17.567, en el cual se restringe los alcances que establecía el código penal para los casos de abortos no punibles, es decir aquellos que no eran delito ante la ley. Por un lado, determinó que, para los casos terapéuticos, el peligro de vida o a la salud fueran graves, y en el aborto por violación exigió que el mismo estuviera judicializado bajo denuncia, y para aquellos abortos de menores o incapaces, que sea aprobado por sus representantes. De esta forma, se obstaculizaba aún más el acceso a la realización de un aborto.

En este contexto, consideramos relevante mencionar que, en Argentina, emerge lo que se denomina “la segunda” ola feminista, bajo el lema “*derecho al aborto*”. Algunas características destacables del proceso fueron haber politizado la vida cotidiana, llevando a la arena pública las graves injusticias y abuso de poder que se cometieron en lo que era considerado el ámbito “privado” o “íntimo”. Por consiguiente, el derecho a una sexualidad libre, separada de la reproducción, brotó rápidamente como una demanda hacia la libertad de las mujeres, proclamando la lucha por un destino que no uniera inevitablemente el ser mujer con la maternidad. Es así que se comienza a exhibir proclamas como “Mi cuerpo es mío” de la mano de los movimientos feministas como el Movimiento de liberación Feminista (MLF) y la Unión Feminista Argentina (UFA) liderada por María Luisa Bemberg, quienes levantaron y sostuvieron públicamente que el “Aborto era un derecho de las mujeres”.

En 1973 bajo un gobierno democrático, se sanciona la Ley N° 20.509 que deja sin efecto todas aquellas modificaciones al Código Penal que no hayan nacido del Congreso Nacional. De esta forma, vuelve a aplicarse el marco legal de 1921.

A partir de 1976 hasta 1983, Argentina se encontró gobernada bajo la dictadura cívico militar eclesiástica sufriendo un retroceso desde el plano de los derechos sociales, políticos y humanos, quedando completamente nulo todo derecho.

Con la llegada de la democracia, se inicia un periodo en el cual se comienza a exhibir cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. En este periodo, comienzan a emerger diversas agrupaciones, espacios de reunión y debates. Esta efervescencia del feminismo logra visibilizar algunos problemas de las mujeres, impulsando reformas legales, retomando e impulsando viejas y nuevas demandas. Desde la patria potestad compartida, el divorcio vincular, la modificación de la ley de matrimonio, la representación política de las mujeres, el

cumplimiento de la ley de igual salario por igual trabajo, entre otras (Pita, 2007; Tarducci y Rifkin, 2010; Bellucci, 2014; Brown, 2014). Pero el aborto quedó relegado a un segundo plano. Sin embargo, hacia mediados de la década surgió en la ciudad de Buenos Aires, la Comisión por el Derecho al Aborto (CDA), con la intención de instalar la discusión sobre el aborto en el espacio público, disputando espacios y debates, tanto al interior del colectivo feministas como fuera de ellas.

En 1985 se ratifica “La Convención por la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la mujer” conocida por sus siglas en inglés como CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) que ya había sido adoptada por Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y Argentina la incorporó mediante la ley 23.179 en junio de 1985 gozando de jerarquía constitucional desde 1994. (art. 75, inc. 22, CN)

En la década de 1990, la Convención Internacional por los “Derechos Humanos” establece el acceso al aborto como parte del derecho a la salud de las mujeres y, a los Estados, como garantes del mismo. En este punto, es pertinente recordar que, desde esa década, los tratados internacionales comienzan a tener rango constitucional en nuestro país.

En 1994, bajo el gobierno de Carlos Menem aconteció un suceso que permitió que el debate sobre el aborto cobrara centralidad en la discusión pública. En el marco de la Reforma Constitucional, en un contexto de avance de los sectores católicos y conservadores, se impulsó un artículo para ser incorporado en la Constitución Nacional que buscaba que se garantice el “derecho a la vida desde la concepción” lo cual pone en tensión la legislación vigente hasta ese momento y los tratados internacionales recientemente incorporados. En este contexto, la comisión por el derecho al aborto, promulgaba la bandera de reconocer “*el derecho humano de la mujer a decidir sobre la interrupción del embarazo*” lo que Marta Rosenberg sintetiza con “*La política feminista del derecho al aborto tiene su utopía orientadora correlativa, que es la maternidad libremente elegida*”. Esta protesta feminista frente a la constituyente fue el primer gran avance del movimiento para incorporar y hacer estado público-mediático el derecho al aborto, prefigurando los términos actuales del problema.

Hasta acá, pudimos visibilizar distintos momentos de avances y retrocesos en torno a la cuestión del aborto. Si bien el Estado Argentino fue recibiendo diferentes recomendaciones de organismos internacionales, como la CEDAW y la convención internacional por los derechos

humanos para que ultime las medidas necesarias que garantice el acceso al aborto, se siguieron presentando trabas en el acceso a abortos legales, no punibles en el país. “dos casos paradigmáticos de las dificultades de acceso son el de Ana María Acevedo - una mujer de 20 años que falleció en 2007 por la negación de profesionales del Hospital Iturraspe, Santa Fe, a realizarle tratamiento oncológico por estar embarazada de 13 semanas - y el de L.M.R - una joven de 19 años con una discapacidad intelectual (que cursaba un embarazo de 14 semanas producto de una violación por parte de un familiar), a quién se le negó el acceso a la interrupción judicializando el pedido, en 2006-. Este caso fue llevado ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU y Argentina recibió un dictamen indicando que el país debía cumplir su propia normativa y realizarle el aborto en tiempo y forma”<sup>4</sup>

Frente a estas dificultades, los grupos de mujeres seguían organizándose y luchando por el derecho al aborto. En este sentido, el 28 de mayo de 2005, el día internacional de acción por la salud de las mujeres, se lanza la campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, Seguro y Gratuito que se define como “*una amplia y diversa alianza federal, que articula y recupera parte de la historia de las luchas desarrolladas en nuestro país en pos del derecho al aborto legal, seguro y gratuito*”<sup>5</sup>. Dicha campaña tiene sus cimientos en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres realizado en Rosario en el año 2003 y en el XIX encuentro nacional de mujeres desarrollado en Mendoza en el año 2004. La misma, fue impulsada por grupos feministas y movimientos de mujeres, logrando a lo largo del tiempo aumentar su adhesión hasta llegar a contar en su interior con 305 grupos, organizaciones y personalidades vinculadas a organismos de derechos humanos, de ámbitos académicos y científicos, trabajadoras y trabajadores de la salud, sindicatos y diversos movimientos sociales y culturales, comunicadores y comunicadoras sociales, grupos estudiantiles, etc. Bajo la consigna “*Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir*”, año tras año, la campaña fue presentando proyectos de ley para que sean tratados en el congreso Nacional, pero los mismos no llegaban a tener las firmas necesarias para ser tratados en el recinto.

En Argentina, según datos del Ministerio de Salud, se estimaba que se inducían anualmente entre 370.000 y 520.000 abortos<sup>6</sup>. El hecho de que fuera una práctica penalizada lo recluía a la

---

<sup>4</sup> (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, 2018, <http://www.abortolegal.com.ar>).

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Silvia Mario y Edith Alejandra Pantelides. estimacion de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de poblacion n°87. CEPAL 95. disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/notaspoblacion/NP87Mario.pdf>

clandestinidad, poniendo en situación de riesgo la salud de las mujeres y/o personas gestantes. Al ser una práctica realizada en su mayoría en la clandestinidad no se poseen cifras estadísticas exactas de los años anteriores a la ley.

En el año 2007 se crea la “*Guía Técnica para la Atención de los Abortos No Punibles*”, más conocida como ANP, del Ministerio de Salud de la Nación. Posteriormente, en marzo del año 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), sienta jurisprudencia en el fallo “F. A. L. s/medida autosatisfactiva”. El caso se inició cuando la madre de A.G., invocando el artículo 86 del Código Penal, solicitó a la justicia de la provincia de Chubut que dispusiera la interrupción del embarazo que cursaba su hija de 15 años, que era producto de una violación. En este caso se discutía si el Código Penal habilitaba únicamente el aborto cuando la víctima padecía una discapacidad intelectual/psico-social (interpretación restrictiva), o si la opción estaba disponible para cualquier mujer víctima de abuso (interpretación amplia). El fallo establece que quienes se encuentren en las condiciones descritas en el Art. 86 “(...) *no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible*”. Además, se establece la despenalización sobre los castigos y sanciones penales que se le pudiese aplicar a los/as profesionales que interviniera y practique la intervención, dado que los/las mismos/as se negaban a realizar la práctica sin intervención judicial. A partir del “Fallo F.A.L”, en el año 2015 se crea el “Protocolo Para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”, comúnmente conocido como ILE, encuadrando dentro del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. De este modo se avanza en torno a la actualmente denominada “causal salud”. Desde esta perspectiva, la salud de las mujeres o personas con capacidad de gestar, se define desde una mirada integral, incorporando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales, a la vez que especifica que el riesgo a la salud puede ser potencial, que no solo se vincula con presencia de la enfermedad.

El 6 de marzo del año 2018, se presentó por séptima vez el proyecto de ley que promovía la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), este proyecto fue viabilizado por la fuerte impronta generada por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, la cual movilizó a diversos actores de la sociedad. A pesar de la oposición de la Iglesia católica y otros grupos religiosos, el expresidente, el conservador Mauricio Macri, declaró en

su discurso inaugural del año legislativo frente al Congreso Nacional, que era necesario reabrir el debate sobre el aborto, quien postuló un debate "maduro y responsable"<sup>7</sup>. De esta forma se comienza a reconocer la creciente conciencia social sobre el aborto legal, no solo como una cuestión de derechos de las mujeres, sino también como una cuestión de salud pública. Por consiguiente, el 20 de marzo ingresa a plenario de comisiones de la cámara de diputados, para ser tratado en el recinto.

La presentación del proyecto de ley, así como también la gran movilización en torno a la consigna "educación *sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir*", sacó a la luz una problemática invisibilizada y callada durante años: La cuestión del aborto, en especial el aborto clandestino, de riesgo e inseguro. Reflejando una desigualdad, una asimetría con respecto al acceso y realización del mismo entre diferentes grupos sociales, poniendo en debate la cuestión de género y el aborto como problema de salud pública.

El aborto inseguro era la principal causa de muerte materna en Argentina y la misma, era evitable. Según datos del Ministerio de Salud se realizaban casi 500.000 intervenciones ilegales por año. En el año 2016, hubo 245 muertes maternas, 43 de ellas producidas por abortos ilegales. La Organización Mundial de la Salud estima que se practican "alrededor de 22 millones de abortos inseguros por año en el mundo, el 98% en economías en desarrollo"<sup>8</sup>.

Luego de la gran movilización en torno a la ley de IVE, a medida que se produjo un avance entre los medios, entre las comunicadoras y los comunicadores sociales, se fue ampliando el margen de adhesión a la campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito y eran más los espacios a donde llegaban los debates sobre el aborto. (Hogares, instituciones de salud, escuelas, grupos de amigos, etc.). Debates que trascendieron a los que se daban en el congreso.

Tal como lo expresan las profesionales entrevistadas, el debate llegó a permear los espacios más cotidianos de sus vidas, así se observó al indagar sobre los espacios en que se debatió el tema:

*"Si, en mis grupos de amigos, en la familia, en otros lugares donde trabaje, es que es un debate que está en toda la sociedad".<sup>9</sup>*

---

<sup>7</sup> <https://www.telam.com.ar/notas/201803/255267-macri-aborto.html>

<sup>8</sup> [https://www.clacso.org/la-creciente-marea-verde-la-lucha-por-la-justicia-reproductiva-en-argentina/#\\_ftn5](https://www.clacso.org/la-creciente-marea-verde-la-lucha-por-la-justicia-reproductiva-en-argentina/#_ftn5)

<sup>9</sup> Médica CAPS. 3.

*“ (...) en todos mis espacios cotidianos donde antes, como les decía, no se hablaba tanto del tema”.*<sup>10</sup>

*“Hoy está más en cualquier reunión, en cualquier reunión familiar, en cualquier situación está presente el tema y me parece buenísimo eso”.*<sup>11</sup> *“...en algunos con más comodidad y algunos con más incomodidad, pero hay que bancarla la discusión, de eso se trataba, incluso de eso se trató todo el 2018. de bancar la discusión en la calle”.*<sup>12</sup>

En este fuerte contexto de lucha y debate sobre el aborto, la Cámara de Diputados dió un paso histórico en el año 2018 con la aprobación del mismo, logrando la media sanción el 13 de junio, pero, el dictamen de la Cámara de Senadores, el día miércoles 8 de agosto, rechazó el proyecto de ley de IVE. Lo rechazaron con 38 votos en contra, 31 a favor y dos abstenciones.

La discusión parlamentaria que se dió en el recinto estuvo acompañada por una multitud en las calles que se tiñó de verde, alzando los pañuelos que representan la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito, para apoyar la ley y por numerosas manifestaciones públicas a favor en diferentes espacios educativos, sindicales, políticos, profesionales, artísticos, así como por un fuerte eco en los medios de comunicación.

El 28 de mayo del 2019, día internacional de acción por la salud de las mujeres, en un contexto de fuerte debate en la sociedad en torno a la educación sexual y al aborto, el proyecto de ley IVE fue presentado por octava vez en el congreso por parte de la campaña. El mismo contaba con modificaciones que surgieron a raíz de los debates que se desarrollaron durante el año 2018, en pos de lograr el derecho al aborto voluntario. Dichas modificaciones estaban vinculadas a la cantidad de semanas en la que era seguro realizar un aborto y los días tope para recibir una respuesta frente a la solicitud del mismo.

En octubre del 2019, con la asunción del nuevo gobierno democrático de Alberto Fernández, se vuelve a dar jerarquía Ministerial al “Ministerio de Salud de la Nación”, que durante el gobierno anterior había sido absorbido por el ministerio de desarrollo social perdiendo su autonomía ministerial. Es a partir de esto que el nuevo Ministro de Salud, Ginés González García, difunde y reglamenta una actualización del protocolo para la atención integral de las

---

<sup>10</sup> Trabajadora social CAPS.10

<sup>11</sup> Psicóloga CAPS. 3

<sup>12</sup> Médica CAPS. 10

personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE)<sup>13</sup>. En el mismo se avanza sobre el posicionamiento en el paradigma que entiende a la salud de forma integral, por lo cual se avalan otros factores que no solo tienen que ver con el riesgo de vida para la gestante o ante una violación, sino que mira el contexto y debe acompañar desde ese lugar. Entre sus principales cambios emerge que las personas con capacidad gestante menores a 13 años no requerirán una declaración jurada y las mismas deberán estar acompañadas por los padres o de adultos a cargo. Entre los 13 y los 16 años (Reducción de un año con respecto al anterior protocolo) se considera el principio de “autonomía progresiva” el cual es un proceso gradual por el cual las personas menores de edad pueden ir ejerciendo derechos por sí mismas de acuerdo con su edad y grado de madurez, y a partir de los 16 años se la considera autónoma. Además, se establece un plazo máximo de diez días para dar respuesta por parte de los efectores salud a la demanda de interrupción; con respecto a la objeción de conciencia de los profesionales, se establece que un profesional puede negarse a realizar una interrupción legal del embarazo, pero la decisión no debe demorar la concreción de la práctica. En casos graves y si se tratare del único profesional disponible en el centro de salud, debe realizar la práctica, aun siendo objetor de conciencia.

Frente a este contexto de recientes cambios, el 19 de febrero del 2020, día Internacional de Acción Global por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, se realizó el primer “pañuelazo” del año llevado a cabo por la campaña nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, el cual contó con el apoyo de diversos actores que acompañan la lucha. Con el lema de que “*el proyecto está en las calles*”, se inicia un nuevo año de lucha y movilización con la esperanza de que sea ley.

Finalmente, en diciembre del 2020, el entonces presidente en ejercicio Alberto Fernández, retoma los proyectos de ley presentados por la campaña y propone la despenalización del aborto hasta la semana 14 de gestación. Dicho proyecto, enviado por el poder ejecutivo, retoma también los consensos alcanzados en el debate legislativo del 2018. De esta manera, después de muchos años de luchas, Argentina legalizó el aborto a través de la Ley 27.610 (Ley IVE) que garantiza que todas las personas con capacidad de gestar tienen derecho a interrumpir un embarazo hasta la semana catorce (inclusive) de gestación y estas disposiciones son de orden

---

<sup>13</sup> Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/433.pdf>

público por lo tanto de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina. El mismo es aprobado por ambas cámaras y fue reglamentado el 14 de enero del 2021<sup>14</sup>

### 1.3 ¿Qué cambios introdujo la ley?

En este punto, nos parece necesario introducir los principales y significativos cambios que nos aporta la ley. El objeto de la misma, tal como establece su artículo 1, es regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las personas con capacidad de gestar, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

La mencionada ley se encuentra enmarcada dentro del artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional (artículo 3), y en virtud de los cuales se reconocen los derechos sexuales y reproductivos, la dignidad, la vida, la autonomía, la salud, la educación, la integridad, la diversidad corporal, la identidad de género, la diversidad étnico-cultural, la privacidad, la libertad de creencias y pensamientos, el derecho a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, la igualdad real de oportunidades, la no discriminación y a una vida libre de violencias.

Dicha ley reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921, por un sistema mixto de plazos y causales donde en su Art. 4º- se establece que *“las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional”*. (Art. 4º. Ley 27.610). Por fuera de los mismos, la persona gestante tiene derecho a la interrupción de su embarazo solo si el embarazo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante. Es decir que se mantienen, a partir de la semana 15, las causales establecidas en el código penal y los lineamientos del fallo “F.A.L s/medida autosatisfactiva” de la CSJN que regulaban el acceso a las interrupciones de embarazos previo a la ley.

La nueva normativa, que adhiere a la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y la Ley de derechos del paciente, establece los derechos y las condiciones mínimas que debe garantizar y respetar el personal de salud en la

---

<sup>14</sup> <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

atención del aborto y del postaborto. Entre ellas, podemos mencionar el trato digno, la privacidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad y el acceso a la información actualizada y comprensible para todas las personas. Asimismo, se establece un plazo máximo de diez días corridos desde que fue solicitada la práctica, para cumplir con la misma. Estos cambios si visibilizan en las prácticas que se realizan en las instituciones, tal como expresaron las profesionales al indagar cuales son los pasos para acceder a una IVE en el CAPS:

*“(...)arrancamos siempre citando la ley, que tienen derechos a ser atendido, es un derecho la interrupción a solicitud de la persona sin justificativo, siempre y cuando esté dentro las 14 semanas, pero más importante que sepa que puede, es en qué circunstancias lo puede hacer, porque muchas veces hay un deseo y hay que ver como se acompaña ese deseo para que se desarrolle de la mejor manera posible.”<sup>15</sup>*

*“Se enmarca en lo que es la ley, se entrega como una folletería, donde está explicado puntos claves de la ley. Como también poder darle un peso y una importancia de lo que se está haciendo es en el marco, primero de una institución y legalidad por una ley, y poder en el momento historizar un poquito como se conquista esa ley, como que sale de la lucha de muchísimos años, y también entendemos que esa instancia sirve para después poder ser replicada de esa situación”.<sup>16</sup>*

En este sentido, situarse desde la realidad de la persona que va a solicitar la interrupción, respetando sus deseos y circunstancias, dándole la mayor información posible para que pueda tomar su decisión de una manera autónoma, pero sabiendo que cuenta con todo el acompañamiento para que sea una práctica segura sin riesgos para su salud, una práctica legal, es clave para efectivamente garantizar el derecho al aborto, a decidir sobre sus propios cuerpos.

A partir de lo anteriormente expuesto, consideramos importante poder adentrarnos en las prácticas y las estrategias que se fueron llevando adelante en las instituciones, por los/as profesionales, para garantizar el acceso a interrupciones legales en el partido de San Martín previo a la ley, y también poder hacer un acercamiento a los cambios que se generaron con la llegada de la misma. En la próxima unidad vamos a dar cuenta de esto.

---

<sup>15</sup> médica CAPS 10

<sup>16</sup> trabajadora social residente en CAPS 10

## **Capítulo 2: Del barrio a los Centros de Salud en el Municipio de San Martín. Acceso a interrupciones de embarazo.**

El presente capítulo busca visibilizar las prácticas y estrategias que se fueron llevando adelante en los centros de atención primaria de la salud, focos de nuestra investigación, prácticas llevadas a cabo por los/as profesionales que las integran, quienes se conjugaron como pieza fundamental para garantizar el acceso a interrupciones legales en el partido de San Martín previo a la ley. Cabe destacar que el partido de San Martín fue uno de los pioneros en garantizar el acceso a interrupciones legales en la provincia de Buenos Aires a pesar de que en el campo propio del partido nos encontramos con una diversidad de actores con pensamientos e intereses contrapuestos en torno al tema. Las realidades institucionales son muy diversas en el partido y, el mismo, se caracteriza por tener una alta densidad poblacional la cual es muy heterogénea a nivel socioeconómico, tal como mencionan las profesionales entrevistadas.

Frente a lo expuesto y para poder profundizar más en el tema, consideramos relevante iniciar el capítulo exponiendo qué entendemos por accesibilidad al sistema de salud.

### **2.1 Acceso a la salud. Repensando el concepto de accesibilidad**

Como ya venimos planteando, nos encontramos con un sistema de salud fragmentado y heterogéneo y, en el cual, la calidad del servicio que se presta no es equitativo para toda la población en todo el territorio. Esto nos lleva a pensar en las limitaciones que hay en la accesibilidad al mismo y la necesidad de crear estrategias, por parte de las personas que requieren acceder a él como por parte de los actores que deben garantizar la misma, para superar esos obstáculos que se presentan en el acceso, especialmente en lo que refiere al acceso a una práctica tan estigmatizada como es la realización de una interrupción del embarazo.

Los centros de atención primaria de la salud, (en adelante CAPS) que fueron foco de nuestra investigación forman parte del sector público de la salud, el cual está dividido en tres niveles de atención: el primer nivel, que es el primer contacto con la población, donde se encuentran los centros de atención primaria de la salud o “salitas”, como se los denomina a nivel territorial. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia, y en el tercer nivel están los hospitales de alta tecnología e institutos especializados. Cabe mencionar que dichas instituciones pueden depender del gobierno nacional, provincial o municipal, a quien corresponde llevar adelante el financiamiento y gestión de la institución. En el caso de los CAPS, dependen del gobierno municipal.

Al hablar de primer nivel de atención suele vincularse directamente con la atención primaria de la salud la cual es entendida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad<sup>17</sup>, pero esta concepción debería atravesar a todos los niveles del sistema de salud no solo enfocarse al primero.

En este sentido, los CAPS representan el primer nivel de contacto de los individuos y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde viven y trabajan las personas. Tal como plantean las entrevistadas, las personas que llegan al centro de salud lo hacen porque a nivel territorial ya son lugares de referencia, llegan por el boca a boca y justamente la efectividad del primer nivel radica en la articulación que se logra en el territorio con los diversos actores/as, y no con la lógica propia de los hospitales que cuentan con una diversidad de consultorios que buscan resolver lo que llega a la puerta de la institución. En este sentido, siguiendo a Rovere (2012) es fundamental que en el primer nivel se promueva una articulación con las organizaciones y las instituciones del territorio, tales como escuelas, instituciones religiosas, clubes u organizaciones sociales. Este vínculo con otros actores del barrio, es lo que permite facilitar el acceso a la atención y la continuidad de los cuidados de la salud. La trabajadora social del CAPS 3 plantea que realiza y recibe llamadas de otras instituciones a la hora de garantizar el acceso a una práctica por alguna persona: *“a veces me llaman por teléfono, que tienen una persona conocida que...”* *“las redes son bastante informales, y los circuitos son bastantes informales, entonces tiene que ver más con que yo conozco a fulano, esperá que lo llamó y me resuelve”*<sup>18</sup>

Al pensar en cómo acceden las personas al sistema de salud aparece la cuestión de la accesibilidad. Debe entenderse que existe un acceso diferencial, desigual, al sistema de salud en relación a los diferentes grupos etarios y sociales. La accesibilidad al sistema de salud, tal como lo define Stolkiner y otros (2000) es entendida como el vínculo que se construye entre los sujetos y el servicio, que se deriva de la combinación de discursos de los servicios y la representación de los sujetos que se condensa y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere cada servicio. En este sentido, la accesibilidad de la población al sistema de salud se constituye en uno de los elementos fundamentales de la noción misma de Atención Primaria de la Salud (APS), como fue definida en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y reafirmada por

---

<sup>17</sup> Encuentrese en <http://www.medicina.uchile.cl/vinculacion/extension/declaracion-de-alma-ata#:~:text=6>

<sup>18</sup> Trabajadora Social CAPS. 3

la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2007. La accesibilidad se refleja como un concepto relacional, ya que se refiere al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud, siendo imposible plantearse el acceso sin considerar la articulación entre ambos. Estos autores introducen la idea de que hay distintos tipos de barreras que limitan la accesibilidad así entendida. En muchas situaciones, el acceso al sistema de salud se ve obstaculizado por cuestiones que van desde trabas burocráticas administrativas hasta cuestiones relacionadas con el simbólico-cultural, sumado a lo económico-político. Resulta de interés hacer foco en el concepto de accesibilidad simbólica - cultural, ya que los imaginarios sociales y las representaciones de los sujetos también pueden constituirse en barreras específicas que deben ser tenidas en cuenta, más en lo concerniente al tema del aborto, vinculado a lo ilegal, a lo que moralmente está mal. En este punto, sumar un testimonio expuesto por una de las entrevistadas, nos permite visualizar hasta qué punto las representaciones propias de cada persona, especialmente de los/las profesionales, sus opiniones y posicionamientos pueden devenir en un obstáculo para el acceso: *“Cuando yo entré a trabajar acá hace 6 años, había una obstetra que cuando le decía la usuaria que no quería continuar con ese embarazo, ella le hacía todo un discurso de culpa, culpando a la mujer, que si lo debería tener, que estaba matando a un niño. (...) Era tremendo, para mi eso también es vulnerar derechos, eso también es victimizar personas, era tremendo (...)”*.<sup>19</sup>

Para continuar con lo que se entiende por accesibilidad, queremos sumar los aportes de Fernando Landini, Cowes y D’Amorecon (2014) quienes plantean que sería mejor no hablar de accesibilidad (o acceso) al sistema de salud, *“sino a los beneficios que éste puede proveer en términos de salud, dejando de asumir que el acceso al sistema implica, en sí mismo, un impacto positivo en la salud de las personas”* (pág. 233). Retomamos esta concepción, ya que como nos muestra el relato anteriormente expuesto, el simple hecho de acceder al sistema de salud no alcanza para garantizar mejoras en la salud de las personas, desde una visión integral de la misma, en muchos casos puede empeorar la situación, como le sucedió a esa mujer en particular y a muchas otras más.

Por otro lado, muchas de las situaciones en las que se obstaculiza el acceso al sistema de salud hacia la población, específicamente a la práctica de una interrupción de embarazo de forma segura, sin riesgos, estaba vinculado con la vulnerabilidad de la población. La ilegalidad de la práctica del aborto no impedía que el mismo se realizase, pero si lo llevaba a la clandestinidad

---

<sup>19</sup> Trabajadora Social CAPS. 3

en donde, quienes contaban con el poder adquisitivo, podían comprar las pastillas de misoprostol y, quienes no, aquellas mujeres que se encontraban en situación de vulnerabilidad, caían en prácticas inseguras y peligrosas para sus vidas. La vulnerabilidad, desde una perspectiva general, se identifica con la fragilidad y/o escasa capacidad de defensa ante riesgos inminentes. Podemos decir, que la vulnerabilidad está relacionada con la capacidad que una persona, grupo o comunidad tenga para advertir, resistir y recuperarse de un riesgo próximo. Siguiendo a Sánchez. D y Jiménez. C (2012), podemos decir que *“todas las personas, grupos y comunidades son vulnerables en mayor o menor grado, ya sea por factores ambientales, demográficos, socioeconómicos, políticos, jurídicos y culturales, entre otros muchos motivos, que involucran riesgos e inseguridades, condicionando el grado y tipo de vulnerabilidad”*. Consideramos hablar de personas en situación de vulnerabilidad, ya que expresa un carácter dinámico y modificable de una situación para su transformación. Con este concepto nos referimos a grupos de personas o sectores de la población que, por razones inherentes a su identidad o condición y por acción u omisión de los organismos del Estado, se ven privados del pleno goce y ejercicio de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades específicas.

Frente a esta realidad, conocer la forma en cómo accedían las mujeres a la realización de una interrupción del embarazo en los CAPS, por parte de los relatos de las profesionales, visibilizando las estrategias que desarrollaban las mismas para que ese acceso sea efectivo, nos permitirá dar cuenta de cómo el acceso al derecho a la salud se va construyendo.

## **2. 2 Acceso a la interrupción legal del embarazo: estrategias de las profesionales de los centros de salud 3 y 10.**

Los centros de atención primaria de la salud 3 y 10, antes de la ley, eran reconocidos a nivel territorial como centros “amigables”, espacios en donde las mujeres podían acceder a información sobre interrupciones legales del embarazo y también acceder a la realización de las mismas desde un espacio cuidado, así como también contar con un acompañamiento postaborto. Las mujeres que se acercaban a las instituciones llegaban ahí porque sabían que iban a recibir una respuesta adecuada frente a su situación, respuesta que no sería la misma si asistieran a otras instituciones, ya que como planteamos, no todas las instituciones de salud del partido funcionaban con la misma lógica.

Para poder ser atendidos en los CAPS no hay mayores requisitos que solicitar la atención. Se dan turnos o se atiende la demanda espontánea según la complejidad de la situación y la disponibilidad de los/as profesionales en el momento que la misma llega. Si bien en los CAPS se atendieron una diversidad de personas, no sólo del partido de San Martín, sino también de otros partidos, y hasta con obra social, que llegaban muchas veces derivadas de otras instituciones o por recomendación de alguna persona que había transitado por la institución con buenas referencias, por “el boca a boca” que se generaba en los barrios, el hecho de ser instituciones municipales, introducía un requisito implícito, según lo que pudimos interpretar de lo expuesto por las profesionales, que jugaba un rol importante a la hora de pensar la intervención. Si bien no ser del partido de San Martín, no limitaba la atención, ya que como expone una de las trabajadoras sociales entrevistadas, y jefa del CAPS 3, *“atendemos a toda la población por igual.”* La traba o barrera se encontraba a la hora de pedir un recurso específico *“(…) nosotros los atendemos pero el problema es cuando tiene que acceder algún recurso social, de desarrollo social y ahí no puede acceder a los recursos municipales de acá y ahí tenemos que ver cómo puede hacer para que acceda los recursos sociales de su partido y eso mucha veces es muy difícil”*<sup>20</sup>. Esto también era una posibilidad que se podía presentar a la hora de solicitar las pastillas de misoprostol, las cuales eran requeridas al programa de salud sexual y reproductiva del municipio, y en relación a esto, la médica del CAPS. 3 plantea que *“(…)lo peor que puede pasar es que tengan que comprar la medicación, la atención es universal. Si el programa dice que no le da la medicación, bueno quizás se la tenga que comprar, pero atender, atendemos a todo el mundo”*

Lo anteriormente mencionado, devenía en que las profesionales tuvieran que elaborar estrategias de intervención que permitieran que las mujeres accedieran a los recursos necesarios, sea por las redes formales como es el caso del programa, realizando informes que contemplen la integralidad de la mujer, o por redes informales como es el caso del trabajo con las socorristas. En palabras de otra profesional entrevistada, en los casos en que no se pudiera garantizar el acceso a las pastillas por parte del programa por contar con obra social o prepaga pero que las mujeres manifestaran que no pudieran comprarla ya que no contaban con el recurso económico, las interpelaba a garantizar el acceso a la mismas de alguna manera, ya que contar con obra social no implicaba que las mujeres tuvieran el acceso a realizar una interrupción legal del embarazo garantizado. A continuación, exponemos un relato que evidencia esto, *“(…) la*

---

<sup>20</sup> Trabajadora social del CAPS 3.

*realidad es que hay chicas que vienen con prepagas que te cubre el 50% de la medicación, yo te hago la receta, no se puede garantizar en ese caso la medicación gratuita porque algo que nos solicita el programa es que si vamos a cubrir medicación es alguien que tenga cobertura pública exclusiva, o que no la tenga, pero ahí la tienes que justificar un poquito más, le digo, si mira. tiene obra social, porque trabaja de determinada cosa y el sueldo es mínimo, y no puede salir a gastar ocho lucas en una medicación, en ese caso se negocia eso depende mucho de la intervención nuestra ahí, si no tiene cobertura pública, la vamos a pelear, si pensamos que no la puede pagar la vamos a solicitar igual, con alguna micro gestión ahí en el medio, y si no hacemos recetas, y la verdad es que son las menos (...).<sup>21</sup>*

En este último relato, se evidencia el rol fundamental de las profesionales a la hora de que las mujeres puedan acceder a las interrupciones de embarazo teniendo en cuenta su realidad, sus condiciones de vida, lo que las atraviesa. Son las/os profesionales quienes cumplen un rol clave en garantizar el acceso *“cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios”* (Comes, Yamila y Otros, 2007:205). También se evidencia el lugar de poder en el que se encuentran los/las profesionales en relación al lugar en el que están las mujeres que solicitan un aborto. Sus intervenciones son determinantes al pensar cómo siguen las vidas de esas mujeres.

Cabe mencionar que estas estrategias de intervención mencionadas, se fueron construyendo con el tiempo, vinculadas a los cambios que se iban desarrollando en los protocolos vigentes en el país. En este sentido, en un contexto donde el aborto aún era muy poco hablado al interior de la institución, se debieron buscar estrategias por parte de los/as profesionales para que las mujeres pudieran acceder a la interrupción del embarazo, a las pastillas de misoprostol, tales como hacer recetas en donde se las requería para realizar el tratamiento de una enfermedad que nada se vincula con un aborto, en este sentido, una de las médicas nos cuenta que *“Al principio era como algo secreto, hasta estaba mal visto dentro del equipo de salud, hacíamos las recetas a nombre de un varón, en vez de poner interrupción del embarazo, poníamos artritis reumatoide para indicar la medicación porque bueno no se podía, ésto las compraba las propias mujeres, hasta a veces la hacíamos firmar a ellas, y bueno después todo eso se fue formalizando un poco más”*, *“(…) era una receta falsa, le estábamos recetando algo a una persona con un diagnóstico falso”<sup>22</sup>*. Esta era una estrategia que permitía que las mujeres

---

<sup>21</sup> Médica CAPS 10

<sup>22</sup> Médica CAPS 3

podieran acceder a las pastillas, pero también se evidencia una forma de resguardarse legalmente como profesional, ya que como venimos planteando, la condición de ilegalidad no sólo afectaba a las mujeres que deseaban abortar sino también a los/as profesionales que acompañaban el proceso.

La tensión entre lo legítimo y lo ilegal colocaron a las/os profesionales frente al delgado límite de actuar entre lo ilegal y lo legal. Esto se dejó entrever en el relato extraído de la entrevista que se realizó a la Médica del CAPS 3 expuesto anteriormente. Como afirma Gauna (2015), la existencia de instrumentos legales y normativos por sí mismos no garantiza la plena implementación de políticas públicas. Las profesionales abordaban distintas estrategias en pos de un resguardo legal tales como capacitaciones vinculados al tema legal en relación al aborto como así también comenzar a hacer las historias clínicas de manera conjunta entre las distintas disciplinas para poder justificar sus intervenciones a la luz de las causales. Hasta la llega del protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo en el año 2015, las intervenciones se daban bajo la tensión entre lo legal y lo “ilegal”, siempre con miedo a que sus prácticas sean judicializadas a pesar de que existía una “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” funcionando desde el año 2010 que regulaba la práctica.

Tal como plantea otra de las médicas entrevistadas, previo a la ley, el art. 86 del código penal y el fallo F.A.L fueron dos recursos muy utilizados para dar acceso a los abortos por causales y resguardarse legalmente como profesionales, *“(…)nosotros trabajamos mucho con lo que es el ART. 86 del Código penal, que en sus primeros incisos habla sobre el aborto no punible, entre eso y la sanción del fallo F.A.L, cuando sale, la verdad es que nosotras legalmente teníamos un resguardo legal muy alto y, entendiendo que la salud encuadra diferentes aspectos de la salud, no solamente la salud física, salud mental y social, la verdad es que siempre encontrábamos la forma de encausar un aborto cuando era requerido, porque no hay persona que goce de salud completa, porque si uno piensa la salud como un estado de bienestar completo de toda las esferas, física, psíquica y social, nadie tiene una salud emocional completa, es un estadio dinámico que viene y que va (...)”* (médica CAPS 10). En este sentido, entender a la salud desde una visión integral fue lo que permitió que muchas mujeres pudieran acceder a interrupciones legales de embarazo sin enfrentar consecuencias legales, pero también implicaba que los/as profesionales desarrollaran largos informes médicos que permitieran encauzar cada situación particular para dar acceso a las pastillas, que debían ser solicitadas al

municipio *“nosotros realizamos por cada paciente un informe, cada paciente se encauzaba, por el artículo, se citaba la ley, y se citaba todo digamos una cosa, de un resguardo legal mucho más grande, las historias clínicas eran con un nivel de escritura muy alta para poder encauzar (...)”*. En muchos casos, estos informes llegaban a vulnerar el derecho a la intimidad de cada mujer, ya que cualquier profesional que la atendiera en el CAPS sabría que transitó por la interrupción de un embarazo y los motivos que la llevaron a tomar esa decisión ya que quedaban asentados en la historia clínica a la cual todos/as tienen acceso. *“(...)la verdad que uno está abriendo la vulnerabilidad de esa persona a otra persona que puede leer eso y que no sé con qué intención, no sé qué quiere hacer con eso, escribir cosas innecesarias, que exponen y abren sus vivencia personales a otras personas que después le quiere sacar una muela, no quiero saber que le pasaba o si tenía agresiones sexuales dentro de la casa, o si tenía problemas o lo que sea (...)”*<sup>23</sup>. La ley vendría a traer consigo modificaciones en relación a esto, a resguardar la intimidad de la persona que decide abortar.

Las entrevistadas plantean que con el protocolo del año 2015, las formas de abordaje de los abortos fueron cambiando a nivel institucional, ya que el mismo permitía ordenar más la práctica, les daba un marco, y también les permitió a formalizar más las redes territoriales, tal como plantea la médica del CAPS 3, al indagar en qué momento hubo cambios en cómo se venían abordando las demandas de ILEs, nos dice que *“En el 2015, el protocolo nos dió un marco y además, bueno hablábamos con otros centros de salud, nos empezamos a nuclear en la red de profesionales por el derecho a decidir de zona norte...Después bueno también se fue normalizando todo con el tema de las derivaciones cuando no podíamos atender en el primer nivel, teníamos que llamar a la secretaría de salud, y presionar al programa, para que el programa presione al hospital para que las atiendan, y también presionando desde los centros de salud, logramos que el programa se haga cargo de eso y que, a la vez, a las autoridades que están por encima de ellos.”*

Cabe mencionar que, en el año 2017, la secretaría de Salud del Municipio elaboró un protocolo propio para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo y el mismo, retomaba todos los puntos del protocolo nacional, pero lo adaptaba a la realidad del Partido, orientando las prácticas de los /as profesionales en relación al tema. Por esto mismo, se plantea que el protocolo ordenó la práctica para que todas las mujeres y disidentes

---

<sup>23</sup> Médica CAPS 10.

pudieran acceder a la atención con el fin de contribuir a la reducción de los embarazos no intencionales y la morbi-mortalidad materna, desde un enfoque de derechos.

En el último relato expresado, se puede observar la incidencia que tuvo la campaña por el aborto legal, seguro y gratuito y las distintas manifestaciones en el espacio público, que llevaron a que también los/las profesionales se interpelaran su rol en relación a la problemática del aborto agrupándose en la red de profesionales por el derecho a decidir, que representó un fuerte respaldo para la práctica que venían llevando muchos/as profesionales hace tiempo.

Para continuar reflexionando sobre las estrategias que desarrollaban los/las profesionales de los CAPS a la hora de garantizar el acceso a la interrupción del embarazo, consideramos pertinente exponer lo que sucedía cuando no se podía garantizar la práctica en la institución por la complejidad de la situación, no solo pensándolo desde el lado de lo biológico sino también desde lo social. Las situaciones que se presentaban y que requerían internación estaban vinculadas a distintos motivos tales como un embarazo avanzado que no se podía interrumpir con pastillas, la elección de otra forma de interrupción que no se realizaba en el centro como es el caso de la aspiración manual intrauterina (AMEU), o porque no se daban las condiciones para que pudiera hacerlo en su casa, de manera ambulatoria, debido a que tenía hijos/as a cargo y no podía delegar las tareas de cuidado o mismo estar viviendo violencia intrafamiliar o estar abortando en secreto. En esos casos, tal como fueron mencionando las entrevistadas, el programa de salud sexual y reproductiva del municipio era y es el encargado de realizar las derivaciones al segundo nivel, cuando no se puede resolver la interrupción en el primer nivel, o a la región V si es un caso de mayor complejidad. También son los responsables de enviar los recursos necesarios para la realización de una interrupción en el municipio. Se realiza un trabajo en conjunto desde los CAPS con este programa y las entrevistadas plantean que dentro del mismo trabajan personas que están de acuerdo con la interrupción del embarazo, parados en una concepción de derecho por lo cual no se presentan mayores obstáculos en el trabajo con ellos. También, se iban generando redes más informales con otros/as profesionales de otras instituciones, como es el caso del Hospital provincial Belgrano, con quienes ambos centros de salud tienen un contacto directo.

En este punto podemos decir que, en los años previos a la ley, la generación de redes a nivel territorial, y los vínculos con otros actores/as de otras instituciones, fueron claves para que el acceso a interrupciones del embarazo no fuera vulnerado. Al hablar de redes, nos referimos a los lazos que se dan entre las personas. Rovere (1999) caracteriza las redes en salud desde el

lenguaje de los vínculos; redes sería un concepto vincular, donde se conectan o vinculan personas. Las redes son redes de personas, se conectan o vinculan personas. Estas redes también son dinámicas y van cambiando en el tiempo, ya que como plantea la médica del CAPS 10 al momento del preguntarle con qué instituciones se vinculan directamente para hacer una derivación al segundo nivel comentó: *“Los servicios dependen de las personas, lo que hoy es, quizás en dos años no lo es porque hay otra persona que es accesible y de repente la situación cambia. Así como está la situación hoy, es el Belgrano y el Bocalandro, esos son los circuitos más cercanos”*.<sup>24</sup> . Tal como plantean las entrevistadas, las creaciones de redes más vinculadas a la informalidad eran con el afán de garantizar el acceso a un aborto lo más cuidado posible.

El vínculo directo con determinados profesionales de distintas instituciones, a través de llamadas, consultando la posibilidad de derivación de las pacientes, cobró cierta relevancia en sus intervenciones. En palabras de la médica del CAPS 10 *“vos primero tenes que tantear, tengo una piba así y así, me parece que esta es la situación, ¿qué te parece?, pueden recibirla o no, cuando me dan el “ok” mando el informe, igual va con informe firmado por los profesionales, por la directora ósea hay un algo formal pero que está contemplado incluso por cuestión social”*. En este sentido, si bien son tomadas como vínculos más informales, en su ejecución tiene una parte de formalidad ya que la derivación se hace con aval de la directora de la institución y con el informe elaborado por el equipo de profesionales que intervino. Destacamos que, cuando la demanda de interrupción por parte de una mujer o disidente viene acompañada de otras problemáticas sociales como es la violencia de género, representa un desafío para las/os profesionales el poder abordar la situación desde su integralidad. El trabajo de manera interdisciplinaria cobra gran valor en estas situaciones.

Retomando este último punto, nos proponemos dar cuenta en el próximo apartado, lo concerniente al trabajo interdisciplinar e indagar en los siguientes interrogantes: ¿qué sucedía con las otras disciplinas no médicas a la hora de acompañar una ILE? ¿Qué rol jugaban a la hora de tomar decisiones sobre posibles abordajes de las situaciones complejas que se presentaban?

### **2.3 Tensionando las prácticas interdisciplinarias en la realidad institucional de los CAPS.**

Al hablar de acceso a interrupciones de embarazo legales, los equipos de salud tenían y tienen, aún hoy, un papel muy importante ya que son ellos quienes garantizan que una mujer o

---

<sup>24</sup> Médica CAPS. 10

disidente efectivamente acceda a la práctica, por eso mismo nos propusimos indagar más en cómo era la forma de vinculación entre las diversas disciplinas.

Desde el protocolo (2015) vigente previo a la ley, se establecía que los equipos de salud eran *“el actor clave para el acceso sin discriminación de todas las personas a sus derechos sexuales y reproductivos (...), integrado por médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeras/os y demás personas que reciban y/o intervengan en la atención de ILEs. También son actores importantes el personal administrativo y de seguridad de los establecimientos”*.<sup>25</sup>(pág. 23) En el discurso de las profesionales entrevistadas en ambas instituciones, se pudo visibilizar la importancia que le daban a este punto. Para cada una de ellas el trabajo con otras disciplinas era muy importante y enriquecedor, así como también el trabajo con el resto del personal de la institución. Poder generar una mirada común entre todos los miembros, una mirada transversal era un punto clave para poder garantizar el acceso a una ILE.

Al hablar de prácticas interdisciplinarias nos referimos a todas aquellas acciones, actividades, que realizan los profesionales de distintas disciplinas, de manera conjunta, articulada, para llevar adelante la intervención en situaciones complejas que atraviesan los/las sujetos/as con quienes trabajan y acompañan. Tomando a Stolkiner (1987) podemos decir que *“la interdisciplina nace (...) de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”* (Pág. 313). El desarrollo de la interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante, y no solo de una cooperación ocasional. La forma en que se distribuyen las funciones y la importancia relativa de cada disciplina, de cada saber, debe definirse en relación al problema y no por el peso o “tradicción” de cada profesión.

La interdisciplina, la interdisciplinariedad como desafío a construir, deviene en una estrategia necesaria para la intervención y la resistencia, en un contexto desigual e injusto. También les permite a los/as profesionales generar un espacio de contención grupal y de elaboración de nuevas propuestas en conjunto y bajo esta mirada es que tratan de trabajar en las instituciones.

---

<sup>25</sup> Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Año 2015.

Continuando, en menester mencionar que en ambos Centros de Salud se contaba con equipos interdisciplinarios de trabajo, que tenían una trayectoria de varios años funcionando dentro de los mismos, y cada uno tenía sus propias características según la realidad institucional. En el CAPS 3, contaban con un consultorio interdisciplinario de salud sexual que eran quienes atendían las demandas de ILE, además de otras cuestiones. El mismo tenía horarios y días específicos de atención y estaba llevado adelante principalmente por médicos/as ya que la participación de otras profesiones, como es el caso de la psicóloga o la trabajadora social, quedaba sujeto a la disponibilidad. En los casos en que llegaran demandas en días que no funcionaba ese consultorio se buscaba dar respuesta a la demanda de alguna manera. En palabras de la trabajadora social y jefa del CAPS 3: *“Lo que le digo al equipo es que si una persona llega al centro de salud y tiene una percepción de que necesita atenderse y llega acá es porque algo necesita y en esa entrevista vos vas a ver qué pasa y vas a poder hacer algo con esa persona. Entonces la idea es que se vaya con una respuesta, y si no se atiende en el momento, se va con un turno y se le dice mañana te llamamos y vemos cómo lo resolvemos”*. La fuerte mirada en torno a garantizar la accesibilidad se observa en este discurso.

El CAPS 10, fue el primero en realizar interrupciones legales del embarazo en el partido de San Martín así que tiene una línea de trabajo institucional muy marcada desde hace años, y en esta institución funciona un espacio de Salud Sexual llevado adelante por la residencia de medicina general, incorporando a residentes de trabajo social o psicología, según la disponibilidad. Tal como plantea la residente de trabajo social, las primeras entrevistas se realizan de a dos *“nosotras nos insertamos a las consultas, y siempre es un medique y una trabajadora social y a veces, si había una psicóloga, era el medique y una psicóloga”*.

En este punto, si bien la forma de abordaje tiene sus diferencias, se destaca el hecho de que los médicos y médicas tienen una incidencia muy fuerte. Son ellos/as quienes dan intervención a las otras disciplinas a partir de que lo consideren necesario o no. Esto nos lleva a reflexionar que la atención a interrupciones legales de embarazo es una práctica muy médico centrista. Si bien los/as médicos/as generalistas tienen una formación más vinculada a pensar la Salud desde una visión integral superando la visión biologicista, nos deja reflexionando esto que sucede en la práctica donde las trabajadoras sociales y psicólogas intervienen si los/as médicos/as “detectan” algo en el discurso que requiera un abordaje de manera interdisciplinar. A pesar de esto, por fuera del espacio de consulta, se plantean otros espacios de encuentro entre las disciplinas para poder compartir experiencias, poner al tanto sobre alguna situación compleja

que requiera un abordaje más “integral” o se necesite de la opinión de otros/as para pensar la intervención más adecuada, aunque siempre prevalece la voz de la mujer por, sobre todo. Estos espacios de reflexión son algunos más formales como encuentros semanales y otros menos formales como charlas por WhatsApp o en los pasillos.

Cabe destacar que todas las entrevistadas, dieron un rol muy importante al trabajo interdisciplinario en sus discursos. La jefa y trabajadora social del CAPS 3, plantea que *“el abordaje interdisciplinario es desde el centro de salud, y nosotros lo pensamos así al centro de salud interdisciplinariamente(...) Porque también hay toda una cuestión desde la gente, ese prejuicio a que bueno viene la Trabajadora Social porque tengo un problema, entonces bueno construirlo desde otro lugar, desde el lugar desde que también la mirada del médico es interdisciplinaria, es una mirada con otra disciplina, más allá que la disciplina no esté ahí, la mirada del medique es amplia y es integral la salud para ellos, y por suerte acá tenemos médicos que vienen con la cabeza abierta”*. En el relato se destaca la importancia que se le da a generar una mirada interdisciplinaria en todo el Centro de Salud, una mirada transversal que permita ir deconstruyendo percepciones que tienen las personas sobre cada disciplina y el rol de cada una dentro del sistema de Salud.

En palabras de la médica del CAPS 3, se plantea que el espacio interdisciplinario que funciona una vez *“estaba bueno”* para justamente avanzar en la construcción de esta mirada interdisciplinaria en toda la institución que no solo se vincule con la forma de abordaje de las ILEs sino con todas las situaciones que llegan al Centro.

También resulta interesante incorporar el testimonio de la trabajadora social del CAPS 10, quien plantea la importancia que le da al trabajo en equipo *“Pienso que lo más valioso es el trabajo en equipo (...) poder tener un espacio para reunión de equipo para poder compartir y pensar las situaciones y pensar estrategias en conjunto, con los integrantes del equipo de salud y pensar las futuras líneas de acción... La riqueza es esa...”*. Todo esto vinculado a que las personas que asisten a los centros de salud lo hacen de manera recurrente por lo cual es importante pensar estrategias de abordaje que contemplen la integralidad de la persona en el tiempo.

Como se pudo evidenciar, la idea del trabajo de manera interdisciplinaria aparece muy fuerte en el discurso de las entrevistadas y se fueron construyendo estrategias para lograr prácticas tendientes a esto. Si bien muchas veces se presentaban límites vinculados a la disponibilidad,

producto de las formas de contratación de los/as profesionales, se buscaron generar caminos que permitan avanzar en esta mirada institucional a lo largo de los años. Mirada que también buscaba incorporar al resto de los trabajadores de la institución como son los de seguridad y los/as administrativos/as.

En este punto, nos parece oportuno incorporar algunas observaciones sobre los cambios que se dieron en una de las instituciones luego de la sanción de la ley en relación al acceso a interrupciones del embarazo, ya que tuvimos la posibilidad de realizar las entrevistas meses posteriores a su reglamentación, y acercarnos a los cambios que se dieron en el acceso a partir de este gran avance nos parece que aporta a seguir pensando el acceso a las interrupciones de embarazo y el derecho a decidir sobre sus propios por parte de las mujeres, debido a que sabemos que la existencia de una normativa no es garantía del acceso por sí sola.

#### **2.4 Repensando la accesibilidad luego de la ley.**

En este punto, luego de lo expuesto anteriormente, queremos introducir algunas reflexiones de lo que sucedió a nivel institucional en las profesionales del CAPS 10, luego de la ley, en relación al acceso a las interrupciones de embarazo.

Poder reconocer el derecho a decidir y acceder a la interrupción sin tener que establecer una justificación más que el simple deseo de no querer continuar con la gestación implica una gran modificación para las personas que se encuentran solicitando la IVE y también para las/os profesionales que intervienen. La ley trajo consigo un alivio grande para estas últimas ya que permitió respaldar prácticas que ya se venían realizando, pero ahora sabiendo que es legal. En palabras de la psicóloga y de la trabajadora social residente del CAPS 10, *“la ley nos da como un respiro”* y *“también fue liberador. Lo clandestino siempre pone un manto horrible tanto para el médico, para la paciente, como para todos.”*. Si bien la ley manifiesta que si es una IVE no se deben establecer causales como se mencionaba anteriormente, prevalece en las prácticas por parte del CAPS la idea de que en las entrevistas, se deba realizar un diálogo más profundo en pos de conocer la situación particular de la persona que consulta ya que la consulta de IVE no es solo dar las pastillas y nada más, se debe contemplar la integridad de la persona tal como plantea una de las entrevistadas: *“(…) más importante que dar pastillas y enseñar cómo usarlas es entender si la persona que se va a atender está en condiciones o no, y en qué condiciones va a realizar una interrupción de embarazo en domicilio”*<sup>26</sup>. En este sentido, se

---

<sup>26</sup> Médica CAPS 10.

realizan las entrevistas, desde una perspectiva integral, donde se aborda desde lo puntual vinculado a la realización de la interrupción (cómo tomar la medicación, efectos esperables, pautas de alarmas, acompañamiento a organizar cómo será el día que se realice el tratamiento, si existen personas a cargo pensar cómo organizar ese cuidado, cómo organizarse en lo laboral, etc.) hasta lo que sucederá después con esa persona. En todas las entrevistas que se desarrollan en consultorio ILE/IVE, posterior a la ley, las entrevistadas plantean que siempre arrancan citando la ley, ya que esto también permite que las personas puedan empezar a romper con esos percepciones y representaciones con las que carga el aborto y aporta a que las mujeres puedan apropiarse de ese derecho ganado pero también se le da un rol muy importante a poder acompañarlas de manera integral *“pero más importante que sepa que puede, es en qué circunstancias lo puede hacer , porque muchas veces hay un deseo y hay que ver como se acompaña ese deseo para que se desarrolle de la mejor manera posible.”*<sup>27</sup>. De tal forma, pueden conocer sus redes de apoyo, su situación laboral, educativa, sus intereses, se detectan posibles situaciones de violencia, reforzando siempre la importancia de su decisión a lo largo de su discurso y en un proceso en conjunto, desandar y desarmar culpas, inquietudes, miedos que genera la interrupción.

Esta forma de abordaje permite plantear el encuentro desde otro enfoque, reforzando la importancia de la decisión personal como punto fundamental. Y si bien es una forma de abordar que ya se venía realizando, ahora lo hacen con un soporte legal aún más grande de los que contaban hasta el momento. Y si bien la ley trajo consigo muchos cambios, en relación a cómo abordar las interrupciones y el lugar que ocupa la mujer o disidentes, aún prevalece en el imaginario culpa en las mujeres que deciden abortar, el estigma social, lo cual expone que hay que seguir trabajando en esto, desde el espacio en el cual se esté.

En relación a esto último, en el próximo capítulo, buscaremos profundizar en las percepciones y representaciones que tenían las profesionales entrevistadas sobre el aborto y la incidencia del fuerte debate que se produjo en la sociedad en los últimos años previo a la ley en la subjetividad de las profesionales entrevistadas y en sus círculos más cercanos en pos de entender como fue configurando sus formas de trabajar dentro de las instituciones.

---

<sup>27</sup> Médica CAPS 10

### **Capítulo 3: La politización del Aborto. El derecho a decidir sobre nuestros cuerpos.**

Como veníamos planteando en capítulos anteriores, el rol activo de las mujeres y los movimientos políticos que llevaron la bandera de la igualdad de oportunidades y ponían en discusión en la agenda pública el lugar que fueron ocupando las mujeres en la sociedad, fue permitiendo intervenir en las subjetividades de las/los sujetas/os y, en especial, en las mujeres, que comenzaron a replantearse y a cuestionar los distintos mandatos sociales impuestos sobre ellas.

Comprender el aborto como un proceso histórico permite no sólo conocer en profundidad sus raíces culturales, sino fundamentalmente pensarlo como una construcción cultural susceptible de modificaciones y cambios. Es así como, los distintos momentos de las movilizaciones feministas, fueron planteando al aborto como la bandera mediante la cual se proclamaba la defensa de la vida de las mujeres que, bajo la clandestinidad, corrían el riesgo de morir, especialmente aquellas que se encuentran en los sectores más vulnerables de la sociedad, enfatizando la necesidad de separar la sexualidad de la reproducción y de esta forma devolverles a las mujeres su autonomía y libertad de decisión.

En el presente capítulo, buscamos ahondar en las percepciones y representaciones que tienen las profesionales entrevistadas sobre el aborto, dar cuenta de cómo fueron construyendo sus posturas y opiniones a lo largo del tiempo, enfatizando en la incidencia que tuvieron las movilizaciones sociales de los últimos años, así como también sus experiencias personales vinculadas al tema, en la subjetividad de las mismas. Y también, de esta manera, poder visibilizar la influencia que tuvieron en las formas de intervenir que expusimos en el capítulo anterior.

#### **3.1 La politización de la sexualidad.**

Para dar comienzo, consideramos pertinente enfatizar en lo que sucede con la sexualidad en la sociedad y para eso tomamos a Rubin (1989)<sup>28</sup> quien plantea que el sexo es político, pero hay periodos históricos en los cuales la sexualidad es más intensamente contestada, cuestionada y más abiertamente politizada. Entendemos que el derecho al cuerpo, y del placer, permite la toma de resoluciones autónomas sobre un cuerpo, que representa para las mujeres ejercer

---

<sup>28</sup> Rubin (1989), "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad", Disponible en: <http://dsyr.cide.edu/documents/302584/303331/04.-Rubin.pdf>

también el derecho a decidir su lugar en la sociedad, su proyecto de vida. Y en particular a practicar la sexualidad desvinculada de la reproducción.

Es así como, a lo largo de la historia, la regulación de los cuerpos femeninos fue utilizado como un mecanismo de regulación de sus cuerpos para convertir la diferencia biológica como una desigualdad social. La asignación de roles para cada sexo ha permitido mantener el orden de subordinación de lo femenino. Es en este sentido que la asociación de la “mujer-útero” a la maternidad y a la responsabilidad casi exclusiva de la reproducción, como creadoras de la descendencia, bajo la premisa de su capacidad natural para tener hijos(as), ha sido uno de los mecanismos esenciales para mantener la desigualdad y control entre los sexos. Esta especialización de las mujeres hacia el cuidado de los otros ha operado a expensas de su propio desarrollo económico, social y cultural.

Como se venía planteando en el recorrido histórico, los distintos marcos normativos que fueron emergiendo durante el siglo XX y las tendencias discursivas fueron moldeando la subjetividad de la población en procuración de la “vida”. De esta forma como plantea (Murillo 1996) estos marcos normativos se enfocaron en el cuerpo físico, en particular, en todo lo que concierne al sexo y al ejercicio de la sexualidad vinculado a la reproducción. Siguiendo a Sagato (2003)<sup>29</sup> esta violencia que sufren las mujeres (no solo física) se la reconoce como una violencia moral, como el mecanismo más eficiente para el control social debido a “*sutileza, carácter difuso y su omnipresencia, su eficacia es máxima en el control de las categorías sociales subordinadas*” (Ibíd., 114) De esta forma la autora hace notar que esta violencia es el mecanismo que permite mantener el orden social y establecer la dominación de lo masculino sobre lo femenino.

Los individuos que son parte de la vida comunitaria de esta forma se someten a relaciones de mando y obediencia sostenidas por el Estado por medio de los dispositivos de poder, y quienes se desvíen de las especificaciones de los mandatos sociales impuestos serán señalados bajo un comportamiento anormal. Esto también atraviesa a los/as profesionales que intervienen en las interrupciones de embarazo, tal como expresa una de las entrevistadas: “*hablando con profesionales de otras instituciones que están todo el tiempo como...Sienten una mirada de*

---

<sup>29</sup>Segato, Rita. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes

*otras personas: ah vos haces eso y no lo deberías hacer.*”<sup>30</sup> como aquellas mujeres que deciden practicarse un aborto, y se les señala como malas madres, rebeldes o delincuentes. En este sentido, cuando ellas deciden no ejercer la maternidad y abortar, o cuando defienden el derecho de las otras a hacerlo, es blanco directo de violencia.

Muchas mujeres a lo largo de la historia y en fecha más reciente, con los cambios paulatinos en la vida económica, política y social, que sin embargo siguen sin replantear consistentemente el estatus subordinado de la mujer, se han resistido al rol impuesto, han hecho lo necesario para ejercer su ciudadanía y no concebir la maternidad como destino.

A lo largo del tiempo, al hablar de aborto o interrupción del embarazo, se lo asociaba directamente a lo ilegal y clandestino, a aquello que moralmente no era aceptado por la sociedad, lo tabú, de lo que no se habla. En el imaginario social prevalecían las ideas que vinculan la maternidad como el fin último de toda mujer, en el cual era inconcebible que alguien no deseara serlo. El cuerpo de las mujeres es visto como un “sagrado” y “privilegiado” aparato reproductor y junto a él, la existencia “natural” de un instinto materno que determina su conducta para hacerse cargo de su procreación. En este punto, es pertinente hablar de la gran incidencia que tuvieron los movimientos feministas a partir de sus diversas estrategias para crear conciencia sobre el aborto, en especial el aborto clandestino y sus consecuencias, sumar alianzas con otros actores sociales e instalar el tema del aborto en la agenda pública e ir construyendo el reclamo por el derecho al aborto desde una perspectiva de derecho, que buscan interpelar también a la sociedad sobre todo lo anteriormente expuesto sobre las condiciones de las mujeres en este sistema capitalista y patriarcal que nos atraviesa.

### **3.1.1 La politización del aborto: la búsqueda del derecho.**

Es relevante introducir que en los últimos años se produjo un creciente proceso de politización de la cuestión del aborto de la mano de los movimientos feministas y disidencias, cobrando una presencia inédita en la arena pública. Tal como plantea Tesoriero (2019)<sup>31</sup> la lucha del movimiento feminista tuvo un punto de inflexión en dos sucesos significativos: por un lado la manifestación bajo la consigna de “Ni Una Menos” que emerge en el año 2015, y por el otro lado, el debate que se generó en el ámbito parlamentario sobre la legalización del aborto,

---

<sup>30</sup> Trabajadora Social, CAPS 3

<sup>31</sup> Tesoriero 2019, “La Marea Verde como nuevo actor político. Cambios en el movimiento feminista argentino”, Rev. Plaza Pública, Año 12 - No 22, Dic. 2019

confluyendo en lo que se denominó “La marea Verde” en el año 2018. Estas dos manifestaciones fueron altamente convocantes y masivas. El movimiento “*Ni una Menos*” permitió incorporar a la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito a nuevos actores como es el caso de las generaciones más jóvenes que comienzan a sentir propios los asuntos de la agenda feminista.

En este periodo, la cuestión de la violencia machista, y la misma como una cuestión de Derechos Humanos, comenzó a tener un lugar clave en los reclamos del movimiento. En este sentido, la muerte de las personas con capacidad gestante como consecuencia de las interrupciones de un embarazo, llegaron a ser consideradas como “Violencia Feminista” debido a que: a) son injustas, pues abortar es un derecho humano de ellas y b) son evitables, pues en condiciones salubres su ejercicio es un procedimiento sencillo y seguro, que no pone en riesgo su vida o salud futura (Bejarano Celaya, Acedo Ung. 2014)<sup>32</sup>. Esta forma de entender la falta de reglamentación sobre el aborto como una forma de violencia machista permitió que muchas mujeres y otras personas que aún no tenían una postura definida sobre el tema pudieran hacerlo.

Es así que, a partir de reclamos y de diversas manifestaciones del movimiento feminista en conjunto con otros actores, se pusieron en tensión muchas de las representaciones sociales que moldeaban el pensamiento de la sociedad. El movimiento “*Ni una Menos*” retoma la bandera de la campaña por el derecho al Aborto “*aborto, legal seguro y gratuito*”, generando debates y reflexiones en los múltiples espacios de la sociedad civil en torno a la problemática. Tal como expresan las profesionales entrevistadas, la discusión o debate, se llevó a las charlas diarias con amigos/as y familiares, a los espacios más cotidianos como es el barrio y el lugar de trabajo. En palabras de dos de las entrevistadas:

*“Si en mis grupos de amigos, en la familia, en otros lugares donde trabaje, es que es un debate que está en toda la sociedad”*<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Bejarano Celaya, Acedo Ung. 2014 “Cuerpo y violencia: regulación del aborto como dispositivo de control a las mujeres”. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/317440324\\_Cuerpo\\_y\\_violencia\\_regulacion\\_del\\_aborto\\_como\\_dispositivo\\_de\\_control\\_a\\_las\\_mujeres](https://www.researchgate.net/publication/317440324_Cuerpo_y_violencia_regulacion_del_aborto_como_dispositivo_de_control_a_las_mujeres)

<sup>33</sup> Médica CAPS 3.

*“Y decís: a no, Esto pasa hace un montón, familiarmente, intrafamiliar pasa un montón, pero no se dice porque quedaba re mal decirlo. Han cambiado un montón de cosas, en el consultorio, en el barrio, en la familia, me parece que se dice mucho más eso”.*<sup>34</sup>

En este sentido, podríamos decir que los debates que se desarrollaron fueron atravesando a la totalidad de la sociedad, generando posturas de apoyo, así como también de rechazo, ya que no todas las personas hicieron un cambio en sus posturas, pero pudieron estar más receptivas a escuchar la opinión de quien pensaba distinto. En este punto es pertinente resaltar, que si bien fue muy fuerte el impulso de los movimientos sociales en favor al aborto legal, también estaba presente la ofensiva liderada desde la cúpula de la Iglesia Evangélica y de la católica. Estos actores fueron quienes más se movilizaron para intentar que el aborto no sea un derecho para todas personas con capacidad de gestar. Los mismos, lanzaron una campaña que llevaron a las calles con el lema “Salvemos las dos vidas”<sup>35</sup> argumentando que no solo se debía salvar la vida de la mujer, sino también resguardar a ese “niño por nacer”, planteando que al hablar de un embarazo no es solo se está hablando del cuerpo de la mujer, sino de otra vida que no es parte del cuerpo de la madre<sup>36</sup> y la cual hay que defender. También comenzaron a incidir en la decisión de los miembros del senado que eran permeables a la influencia de la Iglesia. De esta manera, buscaban seguir perpetuando una mirada fuertemente moralista sobre las mujeres y disidentes que desean abortar sea cual sea el motivo.

En este sentido, podemos decir que con la acción colectiva se inicia el proceso de politización del aborto. Al hablar de politización, nos referimos a un proceso por el cual se busca posicionar asuntos que no eran visibilizados como políticos en su totalidad, hasta el momento, como una cuestión política. Este proceso social se da bajo la pugna entre diversos actores, y el resultado de esa lucha es incierto, es decir, que la politización implica la apertura de un proceso, pero no asegura un desenlace determinado. Es un proceso en curso, conformado por distintos actores y momentos, donde cada uno contribuye a la redefinición de aquello que puede ser socialmente decidido.

Continuando con lo expuesto, podemos decir que los indicios de la politización son diversos y es relevante enfatizar en esto, ya que dicho proceso no se limita a un único espacio de la

---

<sup>34</sup> Médica CAPS 10.

<sup>35</sup> <https://www.cru.org/ar/es/blog/salvemos-las-dos-vidas.html>

<sup>36</sup> Encuéntrase en <https://www.eldiaonline.com/por-las-dos-vidas-nos-basamos-enfundamentos-cientificos-y-medicos-n607266>

sociedad, sino que se expresa en diversos planos como en la ampliación de la discusión pública, en el aumento de la conflictividad, la movilización social, y en el involucramiento ciudadano. Distintos indicios que fuimos observando y vivenciando desde nuestras experiencias y los relatos de las experiencias de otras personas que vivieron estos años con mucha intensidad. En tal sentido, el proceso de politización interpela a la sociedad en su totalidad, tanto a las instituciones como a los/las sujetos/as, y a quienes detentan el poder de definir lo que se entiende, en este caso por sexualidad, aborto, derecho a decidir. Tal como lo expresa una de las psicólogas entrevistadas, durante el 2018, se profundizó aún más en el tema:

*“Eran temas que se hablaban, pero no con la profundidad digamos y con el conocimiento de hoy, a partir del 2018, se comenzó a visibilizar. No es que antes no estaba, pero era poco visible, era un poco hablado, pero no por todos y todas. Hoy está más en cualquier reunión, en cualquier reunión familiar, en cualquier situación está presente el tema y me parece buenísimo eso. La visibilización, empezar a visibilizar”.* (Psicóloga CAPS 3)

Tal como podemos ver en el relato expuesto, los debates en relación al aborto existían desde hace tiempo, pero en el 2018 se profundizaron aún más y lograron tener mayor visibilidad. Por tal motivo podemos decir que la subjetividad de las personas comienza a verse tensionada. La lucha por correr los límites de lo que es posible, así como el conjunto de cambios que se proponen, llevan a las personas a debatirse entre creer o no creer, a querer anticipar si los cambios les significarán positivos o negativos; se mueven entre valorar o criticar las tensiones que el proceso de politización implica, y entre involucrarse o no involucrarse como protagonistas de sus dinámicas. Esto puede visibilizarse en lo expresado por la trabajadora social de uno de los centros de salud que plantea la tensión que se genera al interior de la institución entre quienes tienen pensamientos contrarios en torno al aborto y también como esto limitó de alguna manera, la posibilidad de tomar una postura más activa en relación a la temática dentro del Centro de Salud 3:

*“(…) hay una discusión con quienes no están de acuerdo, entonces a mí se me arma mucho cuando por ejemplo nos sacamos fotos con pañuelos verdes y digo bueno todas las otras personas que son pañuelo celeste, que yo también quiero que accedan al centro de salud, porque son parte de la comunidad y porque tienen derecho a pensar eso.*

*(…)Lo que siempre digo es que los que no están de acuerdo, está bien que no lo hagan, que no accedan, no hay problema. Eso es lo que me parece importante que los que no están de acuerdo*

*puedan entender, nadie les está obligando a hacer algo que no quieren, pero bueno es difícil igual”.*<sup>37</sup>

Sin embargo, no se vivió el proceso de la misma manera dentro del CAPS 10, donde las entrevistadas manifestaron que lo vivieron “llenas de purpurina verde”, en relación a dar cuenta que la participación fue realmente activa en toda la institución al punto de tener carteles en los consultorios que decían “vos tenes derecho a decidir” con un corazón verde, dejando ver la postura que tenían frente a lo que se estaba debatiendo y pidiendo en las calles, a nivel sociedad. A continuación, nos parece relevante retomar lo expresado por la trabajadora social residente del CAPS 10 al decir que *“quizás el 2018 nos obligó a tomar posición, como a todo el mundo, era como algo más cotidiano, nada, esto, poder entender que ya estaba sucediendo, y lo que haya que debatir era en qué condiciones, y bueno era difícil escuchar a alguien que quizás esté en contra y como bueno, es algo que sucede (...)”*<sup>38</sup>. Lo que sucedía en las calles, las interpeló a tomar posicionamiento, un posicionamiento que ya no solo estaba vinculado a cómo se entendía al aborto sino a lo que hacían como profesionales de la Salud, y mujeres, para que esa problemática que atraviesa a tantas personas sea entendida como una cuestión de Salud pública que debía ser abordada por el Estado.

Retomando esta línea argumentativa, consideramos relevante volver a hacer foco en la idea de que las movilizaciones sociales, entendidas como actos que tienen gran intensidad expresiva, impactan en la agenda pública, en su conformación, es decir, en aquellas cuestiones o problemas que llaman la atención activa del gobierno como posibles asuntos de políticas públicas. Esto no solo se limita al gran número de personas que involucran los movimientos sino debido a la profundidad, al alcance de las definiciones sociales que ponen en cuestión. Se puede decir que la profundidad de la politización también se observa en la diversidad de grupos y movimientos que aparecen en el espacio público liderando manifestaciones. Todo lo anterior construye un escenario donde los movimientos sociales se convierten en un actor relevante con poder e influencia. Como veníamos exponiendo, el contexto que va desde el año 2015 y el año 2018, las movilizaciones llevadas a cabo por el movimiento “Ni Una Menos” y la “Marea Verde”, tuvieron un peso muy importante en llevar el tema de la legalización del aborto a la agenda pública pero también, los medios de comunicación jugaron un rol clave en este punto ya que tuvieron un alto poder de influencia en la opinión pública y en la conformación del

---

<sup>37</sup> Trabajadora Social CAPS 3.

<sup>38</sup> Trabajadora Social residente del CAPS 10.

imaginario colectivo ubicando la cuestión del aborto como un tema de salud pública y derecho humano de las mujeres.

Tal como venimos planteando, los movimientos sociales mencionados y lo que mostraban los medios de comunicación, atravesaron las realidades de muchas personas, llevándolas a reconstruir sus posturas, especialmente en las nuevas generaciones tal como lo expresa la trabajadora social residente del centro de salud 10, quien se maravilla con ver a las “pibas” con pañuelos verdes en la mochilas y el aumento de la participación en los encuentros de mujeres en los cuales ellas también participa y milita. A raíz de todo este fuerte impacto que generaron las manifestaciones sociales, muchas personas pudieron encontrar su voz, tomar un posicionamiento y expresarlo sin miedo a ser juzgados ya que se abrieron las puertas para que sucediera eso, en todos los espacios. Esto lo expresa claramente la trabajadora social residente en el siguiente testimonio: “(...) *Yo vengo de bahía Blanca, todas mis amigas del secundario se quedaron allá... Pero como que llevo muchos años poder hablarlo y de hecho claramente ellas empezaron a nombrarlo mucho más. Bueno con todo el estallido del 2018, como desde el 2015 que venía él Ni una Menos, y empezó a estar un poco más el tema. Hasta que en algún momento comencé a escuchar sus posiciones, y fue como re zarpado, porque quizás yo estando en otro espacio físico, y en otra ciudad era algo que ya lo venía re pensando y re laburando y nada, como encontrarme con ellas en ese sentido, es como que nos volvimos a acercar también mucho, porque a veces como que no nos encontrábamos en los diálogos.*”

En relación a todo lo anteriormente expuesto, en el siguiente apartado buscamos poder adentrarnos en los relatos de las profesionales, vinculados al proceso que fueron haciendo para construir sus posturas, sus opiniones en torno al aborto, así como también, poder dar cuenta de la incidencia del proceso de politización del aborto, de estos últimos años, en las mismas.

### **3. 2 Repensando el aborto: de lo punitivo al derecho.**

Tal como venimos proponiendo, la cuestión del aborto fue atravesando distintos momentos a lo largo de la historia, las concepciones que se tenían sobre el mismo fueron pasando de lo punitivo, lo que moralmente está mal, hasta el pensarlo como una cuestión de Salud pública, un derecho al cual todas las mujeres y cuerpos gestantes deberían poder acceder.

En este punto consideramos relevante introducir el concepto de representaciones sociales, ya que las mismas atraviesan a los sujetos/as y muchas veces pueden devenir en obstáculos en el acceso. Estas representaciones sociales se constituyen como un conjunto de ideas, saberes y

conocimiento para que cada persona comprenda, interprete y actúe en su realidad inmediata. Las mismas constituyen y conforman el sentido común, tejiendo en la sociedad su forma de organización, estructura y legitimación de la vida cotidiana. Son pensamientos colectivos que constituyen a la sociedad y conforman al individuo a través de normas, valores, creencias y mitos compartidos.

En este punto, es pertinente introducir la idea de *habitus* propuesta por Bourdieu, quien plantea que tienden a funcionar como estructuras estructuradas y estructurantes de la práctica social, esquemas de percepciones, apreciación y acción. Los *habitus* son socialmente estructurados porque han sido creados a lo largo de la historia de cada agente suponiendo la incorporación de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales en donde el agente social se ha conformado. Pero al mismo tiempo son estructurantes porque son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente. Dentro de un terreno aparentemente homogéneo, se encuentra una diversidad de representaciones sociales sobre un mismo acontecimiento. Moscovici (1979)<sup>39</sup> alude no sólo al carácter eminentemente social de las representaciones, sino además a su naturaleza individual y psicológica. Jodelet (1986)<sup>40</sup> Destaca el carácter psicológico de la representación social, la autora la conceptualiza como una forma de conocimiento que se vuelve específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social sobre objetos, sujetos, ideas o acontecimientos de la sociedad. Son el medio para interpretar la realidad y determinar el comportamiento de los miembros de un grupo hacia su entorno social y físico con el objeto representado. Las representaciones sociales guían y orientan las acciones y relaciones sociales.

A lo largo de la historia, se fueron generando y legitimando distintas representaciones, percepciones, en torno a los roles de género, a la sexualidad, al lugar que ocupa la mujer en la sociedad, y la maternidad como fin último deseado, que no eran problematizados en la sociedad en su totalidad. Sin embargo, esto sí era cuestionado por diversos actores, que no ocupaban un lugar destacado en la sociedad pero que a lo largo de los años fueron ganando poder para dar lucha en la definición de estas cuestiones que estaban legitimadas e invisibilizadas. Uno de esos actores fue el movimiento feminista, quienes tuvieron un rol muy importante a la hora de

---

<sup>39</sup> MOSCOVICI, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Huemul S.A., Buenos Aires.

<sup>40</sup> JODELET, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: S. Moscovici. Psicología social. Vol. II. Editorial Paidós, Buenos Aires.

poder cuestionar las representaciones sociales que se tenían sobre el aborto. Sus planteos y cuestionamientos fueron permeando a la sociedad a partir de su salida a las calles, movilizaciones y manifestaciones. Y como ya planteamos, a este movimiento le fueron sumando, a lo largo de la historia, diversos actores más.

La diversidad de estos actores tienen la capacidad de producir y reproducir sentidos, es decir las formas de entender las prácticas sociales que organizan la vida en sociedad. Cada uno/a de ellos/as, desde sus espacios de socialización, de desarrollo de su vida cotidiana, van realizando prácticas que tienden a la emancipación o a la subordinación de los/las sujetos/as que conforman a la sociedad. Dentro de estos actores, los profesionales son actores claves.

Al indagar en cuáles son las opiniones que tenían las entrevistadas en relación al aborto y su despenalización fueron surgiendo respuestas muy similares vinculadas a la idea del derecho. No está de más mencionar que todas las entrevistas fueron realizadas a mujeres, lo cual nos permitió poder adentrarnos en su proceso de apropiación de un derecho que las atraviesa completamente, no solo como profesionales de la salud, que deben garantizar el acceso, sino también como mujeres, motivó que las atraviesa de una manera más particular. A continuación, expondremos algunos relatos que nos permiten dar cuenta sobre lo mencionado ya que fueron las respuestas que nos dieron al indagar qué pensaban ellas de la interrupción del embarazo:

*“Yo estoy totalmente de acuerdo, creo que es un derecho que tenemos y que tenemos que ejercer las mujeres porque bueno, decidimos sobre nuestros cuerpos. Y yo estoy totalmente a favor. 100%, pero por esto, por una cuestión de que cada mujer sabemos porque tomamos esa decisión y tiene que ser respetada la decisión que tomemos, sin cuestionamientos, sin juzgar, sin poner obstáculos. Pero me parece que tenemos que garantizar todos los derechos de todas las personas. Y este es un derecho de una mujer que debe ser respetada”<sup>41</sup>*

*“(…) siempre fui partidaria que el aborto sea legal porque es un derecho de la mujer tomar la decisión.”<sup>42</sup>*

---

<sup>41</sup> Psicóloga CAPS 3.

<sup>42</sup> Psicóloga CAPS 10.

*“Las mujeres estamos expuestas a miles de violencia y desigualdades que exponen físicamente, y tenemos que poner el cuerpo para todo. Ojalá que algún día esta inequidad de género se resuelva y poder siempre elegir cuándo o no tener un embarazo, o formar una familia”*<sup>43</sup>

Estas concepciones se fueron construyendo en el tiempo, a partir de las experiencias que las atravesaban, desde amigas o familiares cercanos que se realizaron un aborto o su propio paso por el proceso, los espacios de formación que frecuentaban, en algunos casos hasta la participación en encuentros de mujeres a nivel nacional, así como también su propio proceso de reflexividad, de poder cuestionar cada “norma” que las atravesaba como mujeres. Deconstruir las percepciones que las atravesaron a lo largo de sus vidas fue un proceso. A continuación, presentamos algunos relatos que permiten dar cuenta de lo expuesto luego de indagar en que momentos sintieron cambios en sus formas concebir al aborto:

*“arranque estudiando en el 2013 y formé parte de una organización social un montón de tiempo. Entre muchas de las reivindicaciones, empecé como a conocer un poco más lo que era el derecho a la interrupción, todo mi recorrido personal más desde pequeña, como que nunca fue un tema que se hablara, si recuerdo que en el secundario...nos han mostrado un video de un aborto, hecho, nada, de manera nefasta, súper pibitas nosotras, nada como sentando ahí una posición. Y con los años pude ir formándome en el tema, creo que bueno, eso desde el 2013 empecé a participar de los encuentros de mujeres, ahora plurinacionales, me parece que es un avance zarpado, donde una de las principales reivindicaciones era el acceso a la interrupción y ahí como poder participar y encontrarse con otras personas de otros lugares del país, conocer experiencias”.*<sup>44</sup>

*“(...) a partir de que trabajo acá, de hace aproximadamente 3 años, como acá está el consultorio ILE, (...) y empecé a ser parte también del consultorio, de formar parte digamos del dispositivo, ahí me metí como más de lleno digamos en esta militancia, en esto de estar al tanto de todo, de los medios, de las redes, nada, todo del paso a paso, y también garantizar desde acá, desde mi espacio, desde mi lugar y como equipo y como institución.”*<sup>45</sup>

*“Es la formación que tiene cada una... Yo fui a una escuela católica que estaban en contra del aborto. Me acuerdo que nos mandaban videos de cómo mataban a un feto... Yo me acuerdo*

---

<sup>43</sup> Médica CAPS 10

<sup>44</sup> Trabajadora social residente CAPS 10.

<sup>45</sup> Psicóloga CAPS 3

*que los miraba, pero no lo pensé mucho. Cuando entré acá y atendí a la primera paciente dije ¿por qué no? Se ve que yo ya pensaba de esa manera, dentro mío... ”.*<sup>46</sup>

Como podemos evidenciar, las entrevistadas hacen foco en distintas experiencias vividas que fueron las que permitieron ir deconstruyendo esos pensamientos y estructuras que estaban interiorizados, y reflexionar sobre sus propias opiniones en relación a la interrupción del embarazo, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y el lugar de las mujeres en la sociedad. Todas las entrevistadas manifestaron concebir el aborto como un derecho de las mujeres a poder decidir sobre sus propios cuerpos, y esta concepción fue producto de lo que las fue atravesando y permeando a lo largo de sus vidas. En el próximo apartado buscamos ahondar más en la forma en que las profesionales se apropiaron de este derecho aún antes de ser un derecho ganado.

### **3.3 La apropiación subjetiva del derecho al aborto en las profesionales.**

Tal como venimos planteando, las entrevistadas fueron haciendo su proceso de construcción de posturas, opiniones, pensamientos sobre la interrupción del embarazo. Llegar a pensar el aborto como un derecho que atraviesa a todas las mujeres implicó que ellas mismas pudieran apropiarse de un derecho que les pertenece. Por tal motivo consideramos traer a colación el concepto de apropiación subjetiva que nos aporta Agoff (2009)<sup>47</sup> quien hace jugar a las normas y valores sociales como parte fundamental de los procesos de apropiación subjetiva de derechos de una persona, en tanto que ellos legitiman o restringen el pleno goce de los mismos. Por otro lado, para Amuchástegui y Rivas (2004)<sup>48</sup>, Jelín (1996) y Brown (2008) la apropiación subjetiva de los derechos requiere que las personas se reconozcan en y con derechos. En tal sentido una persona que manifieste en sus discursos que posee determinados derechos y se los deben reconocer y además los incluya en sus prácticas cotidianas, los ejerza o luche por el reconocimiento de los mismos si están obstaculizados será considerado un sujeto/a de y con derechos.

---

<sup>46</sup> Médica CAPS 10

<sup>47</sup> Agoff, M. (2009) La abierta competencia entre el reconocimiento jurídico y la valoración social. El caso de la violencia de pareja. Civitas Revista de Ciências Sociais, 9(3), 402-417.

<sup>48</sup> Amuchástegui, H., Rivas, Z. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para su discusión. Estudios Demográficos y Urbanos

Por consiguiente, complejizar en el significado de ejercer el derecho a una ILE/IVE requiere comprender que no basta con solo acceder a la práctica, sino que como plantean Amuchástegui y Flores (2015)<sup>49</sup>, el ejercicio pleno de ciudadanía implica sentirse titular legítimo del derecho.

En sus relatos, las entrevistadas plantean que es un derecho de las mujeres acceder a una interrupción del embarazo, que las atraviesa a ellas de una manera muy particular al estar trabajando dentro del sistema de Salud, lugar en donde se debe garantizar a todas las mujeres y disidentes el acceso al mismo. Dentro de sus lugares de trabajo, en sus prácticas cotidianas, ellas ejercen un derecho que consideran propio y de las demás personas. Sus estrategias de trabajo nos permitieron dar cuenta de que ellas se paran en esta concepción de derecho y que guía toda su intervención, sean de la disciplina que sean.

Es así que, este reconocimiento formal de la ILE/IVE por parte de las mujeres entrevistadas, en tanto derecho legítimo, adquiere particularidades al situarse en un contexto de disputas sociales respecto a su validez. La toma de posición en relación a esta disputa, emerge como una construcción que las mujeres han realizado de manera previa a decidir interrumpir su embarazo.

Muchas de la entrevistadas, evocaron en distintos momentos o contextos de sus vidas en los cuales estaban o empezaron a estar “a favor” del aborto y que las llevó a tener un rol más activo en la lucha, con mayor convicción y un posicionamiento firme.

El reconocimiento formal de este derecho y el ejercicio del mismo, en gran parte de las entrevistadas, va acompañado del reconocimiento de sí como titulares del derecho, es decir, como sujetas que en algún momento de sus vidas pueden llegar a tener que tomar la decisión de continuar o no con el embarazo, pero también acompañar a otras mujeres que se encuentren en esa posición. Es interesante observar que varias de las entrevistadas, evocan a las experiencias vividas con otras personas como de gran relevancia en sus vidas para estar paradas en el lugar en el que están. La experiencia de ser madres y haber vivido todo el proceso y carga de responsabilidad que dicho rol tiene en el cuerpo de las mujeres, les permitió poder ser firmes en que la maternidad tiene que ser deseada ya que no es una tarea fácil e implica un cambio de vida drástico para la mujer, que estaría lleno de padecimientos si se carga con el peso de no haber sido un embarazo deseado y elegido. También el poder pensar un futuro en el cual sus

---

<sup>49</sup> Amuchástegui, A., Flores, E., Aldaz, E. (2015) Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, V(41)

hijas puedan tener la posibilidad de elegir si continuar un embarazo o no, le permitió ser firmes en sus posicionamiento y convicciones.

Para finalizar es pertinente recalcar que la construcción de la subjetividad se da a partir de un espacio de encruzamientos que opera entre lo intersubjetivo y el mundo social. Tal como menciona (Berenstein, 2004)<sup>50</sup>, esa presencia del otro en relación a mí, comienza a introducirnos en el mundo de la intersubjetividad, con fuerte incidencia en esa construcción de la subjetividad. Donde ese encuentro con el otro comienza a producir vínculos, que a su vez produce a ambos como sujetos diferentes de sí mismos y de lo que eran antes de ese vínculo, por lo cual los distintos recorridos que las entrevistadas tuvieron en el transcurso de sus vidas personales, así como también formar parte del sistema de Salud, y más precisamente del primer nivel de atención, permitió que las mismas se replantearan la cuestión del aborto como un problema de salud pública. En relación a esto, nos parece pertinente introducir las palabras de la trabajadora social y jefa del CAPS 3 que plantea que su paso por el Centro de Salud fue determinante en su posicionamiento:

*“creo que, nunca, anteriormente, milite el aborto legal digamos, como que nunca... no me lo había planteado así. Si... por ahí... yo, la verdad que no trabajaba en salud pública antes y ahora soy re militante de la salud pública y como que amo trabajar acá y todo... pero por ahí tiene que ver con eso también. Mi distancia a la salud y lo que pasaba en relación a eso, entonces como que mi experiencia había sido más personal, en relación a mi amiga y eso, pero no desde algo comunitario, de lo que pasa en general a la población...” (Trabajadora Social CAPS 3)*

Por el otro lado, al tomar partido desde la institución, e ir realizando distintas actividades junto con los distintos/as profesionales y trabajadores/as, se fueron generando debates internos, los cuales fueron permitiendo que las condiciones materiales y simbólicas de la vida de cada uno se ve permeada por los cambios en la subjetividad de cada uno, los cuales fueron moldeando opiniones y representaciones de todo el personal. Desde los de seguridad, las de administración, farmacia y enfermería, y quienes estaban parados en un lugar de objetores de conciencia, pudieron correrse de sus posturas para ser vehiculizadores, derivando a quienes sí lo hacían.

---

<sup>50</sup> Devenir otro con otro (s) Ajenidad, presencia, interferencia Isidoro Berenstein Editorial Paidós, Psicología Profunda, 2004

Lo cual fue fuertemente avalado con la ley, ya que saber que lo que estás haciendo es legal, es garantizar un derecho, permite que tu forma de actuar sea totalmente distinta.

En tal sentido, en esta unidad pudimos observar cómo las subjetividades de las entrevistadas fueron fuertemente permeadas por los debates sociales que emergieron en el espacio público en busca de la ley de interrupción voluntaria del embarazo. Si bien ya venían con una postura o posicionamiento en torno al tema, pudieron tomar una posición activa en la lucha por el aborto legal para todas las mujeres y disidentes a partir de lo que venía pasando en la sociedad y eso también atravesó sus prácticas e intervenciones. En tal sentido podemos decir que el año 2018, con todo lo que acarreó, fue decisivo para todas ellas, tanto en sus vidas personales como en el vínculo con sus familiares y amigos/as y sus compañeros/as de trabajo.

### **Conclusiones.**

Para comenzar a exponer nuestras conclusiones, consideramos pertinente hacer referencia al contexto particular en el cual desarrollamos nuestra investigación. Luego de atravesar un año 2018 de gran movilización social respecto a la legalización y despenalización del aborto, que nos interpeló a indagar más sobre el tema y visibilizar que sucedía en las prácticas concretas en los Centros de Salud, con los/las profesionales que intervenían en las situaciones de ILE, pudimos acompañar los momentos claves que llevaron al triunfo de los movimientos de mujeres y de disidentes, logrando llevar la cuestión del aborto a la agenda del Estado y culminando con la sanción de la ley 27610 en el año 2020, que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, y a la atención post aborto de todas las personas con capacidad de gestar. El debate público que se generó en torno al aborto en el 2018 fue un acontecimiento histórico que marcó un camino sin retorno en relación a la lucha de las mujeres por la apropiación de sus propios cuerpos y a la toma de decisión sobre el mismo. El logro de la legalización del aborto es una batalla ganada para ellas, un gran avance en lo que concierne a lo anteriormente expuesto.

Partiendo de nuestra pregunta de investigación en la que nos preguntábamos de qué manera la politización de la cuestión del aborto, que se manifestó en los debates que se generaban en la sociedad, incidió en las prácticas que se desarrollaban en los equipos de profesionales que intervenían en las mismas, pudimos visibilizar que a partir de lo anteriormente expuesto, las profesionales entrevistadas se encontraron en un punto en que debieron “tomar postura” abiertamente en torno a la lucha por el derecho al aborto, que era una cuestión de salud pública que las atravesaba como profesionales pero también como mujeres. Si bien, tal como nos

planteaban, ellas estaban a favor de la despenalización del aborto ya que consideraban que era un derecho de las mujeres decidir sobre su propio cuerpo, al ser una práctica que aún estaba penalizada no sentían la libertad de manifestar abiertamente su posición sino hasta a partir de lo vivido en el 2018. Poder ser parte de la lucha desde sus lugares de trabajo, militando el aborto legal, yendo a las marchas y a los diversos encuentros de mujeres, les permitió reflexionar sobre sus intervenciones y sus opiniones, así como también la forma en que se venían abordando las demandas en la institución. Cabe mencionar que la pandemia mundial, generada por el virus SARS-CoV-2, implicó que también se modificarán las formas de atender en las instituciones, los/las profesionales tuvieron que salir a la puerta de entrada a atender las demandas que iban llegando, así como también el resto del personal de la institución en algo que llamaban “triage”. Para esto debieron fortalecer la escucha para no dejar a nadie “afuera” y que todas las necesidades fueran abordadas, especialmente las vinculadas a la salud sexual. Tal como planteaban las entrevistadas, los debates atravesaron a todo el personal de la salud, desde el de seguridad hasta al de administración. El debate en torno al aborto legal, seguro y gratuito no solo atravesó sus espacios de trabajo sino cada espacio de su vida, en sus casas, en sus grupos de amigas/os, en el barrio. Permitted dar voz a voces que estuvieron calladas durante años, especialmente a otras generaciones que fueron fuertemente atravesadas, pero desde lo oculto, lo tabú, de lo que no se habla porque está mal. Mujeres que abortaron y nunca lo dijeron hasta este momento y que desde su experiencia pudieron acompañar a otras mujeres. En conclusión, podemos decir que los debates que se dieron en la sociedad permitieron dar voz a las mujeres, atravesando a todas las generaciones, ya que las más jóvenes también tuvieron un rol clave en la conquista de este derecho. Se inició un proceso de cuestionamiento de los roles de género establecidos, de los roles de poder que se juegan al interior de los mismos, en donde la maternidad ya no era el fin último deseado de las mujeres y les permitió decidir cuando era el momento indicado para maternar y cuando no.

En este sentido, podemos decir que esta visión del aborto como un derecho de todas las mujeres, se fue construyendo en las profesionales a partir de sus experiencias personales y particulares que fueron viviendo a lo largo de sus vidas pero también por la incidencia de los debates que se fueron generando en la sociedad, en el congreso, en los medios de comunicación, en las redes sociales y en las calles. El proceso de despenalización social que implicó todo lo producido en el 2018, permitió que muchas mujeres y disidentes pudieran comenzar a sentir ese derecho como propio y en este punto, los/las profesionales juegan un rol central, ya que son ellos/as quienes deben garantizar que el mismo se cumpla para todas las personas con capacidad de gestar.

Como venimos planteando, los centros de salud que fueron foco de nuestra investigación, fueron pioneros en realizar interrupciones legales del embarazo en el partido de San Martín. Las instituciones responden a una lógica de derechos y todos/as los/las profesionales que trabajan en la misma deben responder a esta mirada. Es decir que, ya desde la institución, se marca una forma de intervenir al punto que si no estás de acuerdo con esa mirada es muy difícil sostener tu trabajo en la misma. Sin embargo, no todas las instituciones del partido tenían y tienen la misma mirada sobre el aborto, lo cual llevaba y lleva a generar redes más informales con instituciones que funcionan con la misma lógica para garantizar que la atención de las mujeres sea la más cuidada posible. Las formas de intervención siempre tendieron a ser integrales, teniendo en cuenta la realidad de las mujeres que deciden abortar, sus condiciones de vida, sus vínculos, construyendo con ellas, priorizando su autonomía en la toma de decisiones y acompañándolas desde allí. Con la ley, esto continúa siendo así ya que el no tener que justificar a través de causales no implica que simplemente se dé la pastilla y nada más, sino siempre tener la mirada del cuidado y acompañamiento desde la salud integral, visión que atraviesa fuertemente a las instituciones. Visibilizar estas prácticas que se venían llevando adelante previas a la ley, permite dar cuenta del trabajo que muchos/as profesionales vienen haciendo a lo largo de los años, acompañados por las redes de socorristas, de profesionales y por la campaña misma, que les daban un respaldo para seguir abordando la problemática.

Por otra parte, nos gustaría plantear la importancia que tiene el trabajo interdisciplinario entre los/as profesionales a la hora de abordar la cuestión del aborto desde los espacios de salud sexual, ya que es una temática compleja, y si bien es una práctica médica, está atravesada por múltiples factores a abordar, más teniendo en cuenta que la población que asiste a los centros de salud se encuentran en situación de vulnerabilidad. En el discurso de las profesionales entrevistadas, se evidenció que le daban un lugar central a esta forma de trabajo ya que permitía construir en conjunto las intervenciones, aportando a enriquecer el conocimiento, intentando abordar las primeras demandas en duplas. No obstante, nos llamó la atención cómo a la hora de poner en práctica todo eso que priorizan en sus discursos, no se lograba concretar del todo debido a que las mismas no participaban activamente de las consultorías, tal como planteaba los protocolos, debido a las formas de contratación y a la disponibilidad de cada profesional en la institución, especialmente hablando de las profesionales de Trabajo Social y Psicología, lo cual representa un obstáculo. Por consiguiente, termina siendo una práctica completamente médico centrista en donde ellos/ellas determinan que es un “asunto social” o cuando el padecimiento se hace presente y es necesario la intervención de otras disciplinas. Esta mirada en relación a los aportes de otras disciplinas y en especial con el trabajo social, reproducen el

imaginario social que existe de nuestra profesión la cual es atribuida a un lugar importante pero relegada a lo burocrático-Administrativo, en especial con lo relacionado a lo que es la articulación con otras instituciones y con diferentes organismos del Estado.

Todo esto nos lleva a preguntarnos: ¿hasta qué punto esta dificultad se vincula solamente con la disponibilidad de las profesiones en la institución y no se relaciona con el modelo médico hegemónico, en donde la medicina es la disciplina que detenta el poder por sobre las otras disciplinas? ¿En qué lugar se paran las profesionales de Trabajo social y Psicología frente a esta problemática?

Si bien en el primer nivel se desarrolla una forma de intervención distinta a las que se desarrollan en el segundo nivel, en los hospitales, donde la atención está fuertemente fragmentada, y las formas de atención suelen ser más excluyentes, sentimos que todavía hay muchos discursos por desandar y consideramos que los espacios de formación para profesionales y las capacitaciones para todo el personal de salud son realmente necesarias para respaldar este derecho ganado.

En este sentido, parándonos como estudiantes de la carrera de Trabajo Social y futuros profesionales, nos interpela reflexionar sobre el rol que juegan los/las trabajadores/as sociales en relación a todo lo planteado, pensar cuales son los desafíos que se nos presentan hoy, habiendo ganado este derecho tan importante. Existe la necesidad de instaurar nuevos cuestionamientos al interior de las instituciones y profundizar los debates que ya se vienen planteando en torno al lugar que ocupan las mujeres en la sociedad, la recuperación del propio cuerpo, con la intención de construir nuevas representaciones, nuevos sentidos, para reducir las brechas e inequidades que hay para con las mujeres, y, el Trabajo Social tiene un lugar fundamental para avanzar en esto. Poder repensar nuestras intervenciones con una mirada más abierta, analizando el rol del Estado y de las políticas sociales que muchas veces continúan reproduciendo la lógica del sistema capitalista patriarcal en el que estamos inmersos y al cual muchas veces somos funcionales. Es importante no quedarnos en el discurso y poder plasmarlo en nuestras prácticas tomando un rol activo tendiente a la transformación. Sobrevalorar la dimensión socioeducativa que tiene nuestra profesión, estimulando el proceso de movilización, desarrollando acciones que inciden y transformen las subjetividades, las formas de pensar, los modos de vida y actuar de los/as sujetos/as. Es por ello que no es casual la incorporación de nuestra disciplina dentro del abordaje de las consultorías ILE/IVE, en este caso se puede inferir que el trabajo social intenta correrse del paradigma puramente biologista, para poder introducir nuestra mirada en la forma de abordar y entender el aborto. Ya que conocer cuales

son los motivos que llevaron a la mujer a realizar un aborto y a decidir no continuar con su embarazo es tan importante como la práctica misma.

Por último, esperamos haber podido sumar nuestro aporte para seguir repensando las prácticas profesionales en torno a la cuestión del aborto, que después de tantos años de lucha ya es ley pero que a pesar de eso aún se presentan obstáculos en su acceso vinculado a que todavía hay personas reticentes a garantizar este derecho, y que siguen cuestionando el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo.

## **Bibliografía.**

- Acceso al Aborto no punible en Argentina: Estado de situación. Marzo 2015. Buenos Aires: Asociación por los derechos civiles. Disponible en: <Http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/ADC-acceso-al-aborto-no-punible-Marzo-2015.pdf>
- Bourdieu, P (1995). “Respuestas por una Antropología Reflexiva”
- Campaña nacional por el derecho al aborto seguro, legal y gratuito. Disponible en: <http://www.abortolegal.com.ar/>
- Corte suprema de la nación. F.A.L.s/medida autosatisfactiva. sentencia 13 de marzo del 2012.Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>
- Ballesteros, Matías Salvador; Freidin, Betina (2010) “Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”.
- Cavalleri, M. (2008) “Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas”. En: Compartiendo Notas. El trabajo social en la contemporaneidad. Lanús, Ediciones de la UNLa.
- Cazzaniga, Susana .(2001) ”Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud." El presente artículo ha sido elaborado sobre la base de la ponencia desarrollada en las VI Jornadas de Medicina General y 1ª de Equipo de Salud organizada por la Asociación de Medicina General de Santa Fe y llevada a cabo en la ciudad de Reconquista Pcia. de Santa Fe en el mes de junio de 2001.
- Código penal de la República Argentina: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#11>
- Dosso, Daniela (2013). “Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en el CAPS Mercedes Sosa del municipio de Morón”. Informe final académico presentado ante la comisión nacional salud investiga. Ministerio de Salud de la Nación.
- Dosso, Daniela (2016) “Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo” FUSA 2015.

- Gamardo, Mónica (2015). “Consideraciones para la elaboración del marco teórico”. Buenos Aires, Documento de cátedra.
- Herrera C. y Campero L. (2002) La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública Mex; 44: 554-564
- Levin, S. (2010) Derechos al revés: ¿es salud sexual y salud reproductiva sin Libertad?. Buenos Aires, Espacio.
- Mendizábal, N. (2006). “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”. Estrategias de investigación cualitativa, 1, 65-106.
- Municipalidad de San Martín: <http://www.sanmartin.gov.ar/>
- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo\\_ile\\_octubre%202016.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf)
- Ramon Michel, Agustina y vergayo paola (2018) “La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre abortos”. Editorial universitaria de Buenos Aires (EUDEBA). Encuentrse en: [www.udeba.com.ar](http://www.udeba.com.ar)
- Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, disponible en: <http://www.redsaluddecidir.org/>
- Rodríguez, Gil y García (1999). “Metodología de La Investigación Cualitativa”. España: Ediciones Aljibe,
- Rojas Soriano, Raúl.(1983) “Capitalismo y enfermedad”. “Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad.
- Rostagnol S. (2011) Aborto Voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción. Tesis de Doctorado, Buenos Aires, UBA.
- Rubin, G (1989) "Reflexionando sobre el sexo. Notas sobre la economía política del sexo". En: Carole Vance (comp.) Placer y peligro. Madrid. Editorial Revolución; 1-59
- Sanchez Diego, Egea Jimenez Carmen (2012). “Desde una perspectiva general, el término de "vulnerabilidad" se identifica con fragilidad y/o escasa capacidad de defensa ante riesgos inminentes”. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252011000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006)

- Sandoval, C. A. (1997). "Investigación cualitativa". Módulo 4. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Universidad de Antioquía, Medellín.
- Segato, Rita. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes
- Soneira, A. J. (2006). La teoría fundamentada en los datos (grounded theory) de Glaser y Strauss, pp. 153-173. En: I. Vasilachis. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa.
- Silvia Mario y Edith Alejandra Pantelides. estimacion de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de poblacion n°87. CEPAL 95. disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/notaspoblacion/NP87Mario.pdf>
- Stolkiner Alicia (1987) "De interdisciplinas e indisciplinas" del libro El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio" comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia. (2005) "Interdisciplina y salud mental" IX Jornadas nacionales de salud mental. jornadas provinciales de psicología. salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina hoy. 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina.
- Spinelli, Hugo (2010) "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". Buenos Aires.
- Vacarezza, Nayla (2015) "Aborto, experiencia, afectos" en Belfiori, Dahiana, Código rosa. Relatos sobre abortos, Buenos Aires, La parte maldita, pp. 137-141
- Organización mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. [http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS\\_spa.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf)
- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>

## **ANEXOS**

A continuación, se adjuntan dos entrevistas, una realizada en el Centro de Atención Primaria de la Salud 3 y la otra del 10.

### **Desgrabación de entrevista realizada a Trabajadora Social y Jefa del CAPS. 3**

Cuando yo entré a trabajar acá hace 6 años, había una obstetra que cuando le decía a la usuaria que no quería continuar con ese embarazo, ella le hacía todo un discurso de culpa, culpándola a la mujer que, si lo debería tener, que estaba matando a un niño. Para mí fue muy difícil trabajar con ella porque además yo recién empezaba acá, tenía experiencia en otros espacios de trabajo, pero no tanto en salud, en atención primaria y llegue digamos en un momento donde ella me mandaba pacientes a mi embarazadas con un recetario que decía paciente en riesgo social remarcado con flúor. Era tremendo, para mí eso también es vulnerar derechos, eso también es victimizar personas, era tremendo. Por suerte ella se fue, renunció, y ahora tenemos una obsesión que es genial.

#### **¿Hace cuánto estás trabajando acá?**

Trabajo en el centro de salud hace 7 años más o menos. Igual que trabajó como directora, entró en plena pandemia, así que fue cambiando algunas cosas.

#### **Trabajas acá hace 7 años, ¿pero como Trabajadora social?**

Sí empecé trabajando 24 horas, porque los contratos acá son de 24 horas, después trabajaba en la ciudad de buenos Aires en un hogar de tercera edad, en el medio de todo eso trabajaba en la dirección del hogar, me cambie al servicio social y entonces empecé a tener mucha más responsabilidad allá, porque empecé como jefa del servicio social, entonces acá me baje a 12 horas de contrato, entonces por mucho tiempo estuve viniendo 12 horas acá y que es muy poquito porque pareciera que te perdés toda la serie de la película de la semana, porque yo venía un día entero y al otro día 3 horas, entonces me perdía un montón de cosas.

La gente por lo general acá no viene todos los días, porque si tienen la posibilidad de que tienen 24 horas para hacer, lo van haciendo en 3 días o en 4 pero en general no tenes a nadie que venga todos los días.

### **¿El CAPS está abierto las 24 horas?**

No el CAPS no tiene guardia, es un centro de atención primaria por lo general un centro de atención primaria no tienen guardia, si los hospitales locales, que en San Martín hay algunos como el Marengo, el Fleming, esos atienden las 24 horas, el agote también, ellos tienen guardia, acá atendemos de 8 a 17.

### **¿Cómo es eso de trabajar 24 horas?**

El contrato es de 24 horas semanales entonces la gente no viene todos los días, porque la realidad es que los sueldos son bastantes precarios, de todos nosotros y bueno vienen 3 veces por semana acá y el resto de la semana están en otro trabajo. Yo si vengo todos los días y más horas de lo que tengo que venir porque tengo otras responsabilidades, pero ellos no y está bien que no sea así.

### **¿Qué disciplinas están en el CAPS?**

Tenemos Trabajo social, ginecología, medicina general, obstetricia, Kinesiología, psicología, psicopedagogía. Después tenemos una farmacia, enfermería. Tenemos vacunación todos los días, todas las horas está abierto el vacunatorio.

Para nosotros es súper importante garantizar las vacunas de la comunidad, mas ahora en medio de la pandemia, hubo mucha baja de vacunación, tenemos como un 40% menos de chicos vacunados, con el calendario de vacunación incompleto.

### **¿Cuándo llegan demandas de interrupciones de embarazo, como es el abordaje desde el CAPS?**

En general las personas que quieren acceder al ILE, llegan mucho por el boca a boca como que la gente sabe que tiene que venir al centro 3, a veces a mí me llaman por teléfono, que tienen una persona conocida que.... Pero en general, en lo diario es que la gente venga porque le dijeron, una amiga o un familiar. Se atiende sin turno, es por demanda, los atendemos si o si en el día, o por lo menos lo intentamos, pero por lo general nadie queda sin

atenderse, para mí una de las prioridades que tenemos como centro de salud, yo trabajo todo el tiempo con el equipo, es que la gente no se va de acá diciéndole, no, no tenemos ese médico, bueno no sé.

Es darle una respuesta de algo, más en pandemia lo que pasaba era alguna persona administrativa le decía vos no necesitás atenderme, hoy no está.

Lo que le digo al equipo es que si una persona llega al centro de salud y tiene una percepción de que necesita atenderse y llega acá es porque algo necesita y en esa entrevista vos vas a ver qué pasa y vas a poder hacer algo con esa persona. Entonces la idea es que se vaya con una respuesta, y si no se atiende en el momento, se va con un turno y se le dice mañana te llamamos y vemos cómo lo resolvemos.

Se trabaja mucho, mucho con la accesibilidad de la gente, cuesta un montón porque además el triage.

**¿y cuando llega esta primera demanda, quien la atiende?**

En general cualquier médico generalista.

**¿Se anuncian en mesa de entrada? ¿Dicen que se quieren atender con tal o cual?**

No, tenemos situaciones donde las mujeres vienen a decir que vienen por salud sexual, nosotros a salud sexual lo atendemos por demanda y tenemos mucha, mucha, mucha... No atendemos con turno porque muchas veces no vienen al turno entonces se pierde un montón de gente en el camino. Entonces la gente viene a la mañana y saca turno para el día y como la demanda de salud sexual es mucha, aparecen cuestiones como la ILE. No es que la gente viene y dice hola vengo a... por ahí alguna si viene y lo dice.

Por lo general es que gente que lo habla muy así, es gente sabe que acá se realiza. Pero en general aparece primero la demanda de salud sexual y dentro de la consulta se aborda la cuestión. Sino siempre por conocido, por boca a boca, vengo de parte de tal, me dijeron que acá se hacen consultorías.

En general la consejería las hace un medique, puede ser generalista y si ellos ven que hay que sumar a otras disciplinas, como trabajo social o psicología se suma, pero más que nada no como algo que para hacerse una ILE si o si se necesite el acompañamiento interdisciplinario, creo que, si es importante la interdisciplina, pero nosotros trabajamos un montón interdisciplinariamente, pero para mí la interdisciplina no implica que en todos los consultorios este un trabajador social o psicología. Piensen que acá somos una trabajadora social y 2 psicóloga, se imaginan que, si en todas las consultorías de ILEs tendríamos que entrar nosotras casi que no podríamos, hay días que acá hay 6 personas que vienen para ILE. Y es mucho, la consulta de ILE es larga, pero si vemos que hay algo en esa persona que está queriendo como trabajar algo más, que tiene que ver con su salud mental, o muchas que vienen con situaciones sociales complejas que hay que acompañar lo hacemos desde ese lugar, y es ahí que sumamos a otro profesional a la entrevista, pero no solamente porque se hizo una ILE, no es esto de que si se realiza una ILE ah bueno necesita una psicóloga porque lo mismo en diversidad, nosotros atendemos muchas consultas de diversidad y se hacen tratamientos hormonales acá, también eso es que... Todas las personas que vienen al consultorio de diversidad tienen que tener un abordaje interdisciplinario.

Viste como que el abordaje interdisciplinario es desde el centro de salud, y nosotros lo pensamos así al centro de salud interdisciplinariamente, tenemos reuniones donde pensamos las consultas que por ahí algún compañere piense que está bueno para repensar, pero no es que cada consulta... Porque también hay toda una cuestión desde la gente, ese prejuicio a que bueno viene la Trabajadora Social porque tengo un problema, entonces bueno construirlo desde otro lugar, desde el lugar desde que también la mirada del médico es interdisciplinaria, es una mirada con otra disciplina, más allá que la disciplina no esté ahí, la mirada del medique es amplia y es integral la salud para ellos, y por suerte acá tenemos médicos que vienen con la cabeza abierta. Esto se trabaja un montón porque tenemos reuniones semanales, que se llama SIPEB, que está, en el sistema de turnos yo tengo en ese horario a los mediques destinados a esa reunión donde ahí participan todas, todas las disciplinas entonces ahí se trabaja un montón la salud integral, la mirada es esa, entonces en el consultorio más allá de que haya trabajadora social o un médico, la mirada va a ser desde ese lugar, una mirada desde la salud integral y no solamente desde lo biológico.

**¿Entonces ustedes tienen reuniones en equipo o sea buscan como que el abordaje sea de manera interdisciplinar, aunque no sea propiamente con él o la paciente?**

A veces que sí, y de hecho está muy bueno tenemos un consultorio que es interdisciplinario y en el sistema de turnos le ponemos así consultorio interdisciplinario y ahí está la Trabajadora social o la psicóloga y ese consultorio existe, y nosotros consideramos que esta bueno citar para ese consultorio.

Es una cuestión muy amplia, no es que todas las ILEs van a ese consultorio, o todas las cuestiones de diversidad. La idea es que atendamos integralmente a todas las personas, con una perspectiva de derechos y es eso. Por eso también eso de poner consultorios de ILEs, porque si no es como encasillar. Yo entiendo digamos que el consultorio de diversidad o de ILE en algún momento tuvo que insistir para poder visibilizar que en los centros de salud estábamos prestando un servicio a esa comunidad.

Pero la verdad es que son parte de la comunidad son parte de todos nosotros entonces son como nosotros, tienen el mismo derecho a atenderse como vos o como yo, como lo que pensamos es que no haya un consultorio de diversidad, que cuando venga alguien que dice que viene al consultorio de diversidad que lo pueda atender yo y si hay algunas cuestiones más biológicas que la vea un médico, no es que para atender una cuestión de diversidad lo tiene que ver un médico capacitado en diversidad ósea no es lo mismo que un tratamiento hormonal, obviamente no lo voy hacer yo como trabajadora social.

Eso, pensar a la salud integralmente y desde la mirada interdisciplinaria que es recontra trabajoso y valioso pero lo interdisciplinar lo que hace es como tener que estar preparado para ser interpelado por un otro, con un conocimiento del otro y nutrirse con ese conocimiento. Entonces ahí es como difícil, de hecho, pasa un montón que se van a encontrar con algunos lugares con profesionales como que es re natural trabajar con otra profesión y otra disciplina y hay otras personas que no, que dicen yo digo esto y esto y es así, la salud mental es esto entonces no existe la otra mirada. Para mí es como un gran desafío, esta buenísimo.

### **¿Cuándo se genera algún conflicto con algún tema, como se resuelven?**

Todo el tiempo, me acuerdo que un compañero nuevo había dicho que el espacio del SIPEV era un espacio para encontrar conciliaciones, y yo le dije que no estaba de acuerdo porque el espacio de SIPEV no era espacio para conciliar sino para trabajar situaciones complejas porque estamos en un momento de muchas situaciones complejas, para mejorar la vida de las personas, para intentar mejorarla y desde una mirada de derechos y seguramente haya un montón de miradas donde no acordemos, lo que si se intenta acordar son intervenciones,

nunca hubo grandes conflictos, tampoco es que terminamos todos diciendo ¡AHÍ si hacemos esto que bueno.!

Es un espacio de construcción y eso para mí es importantísimo

### **¿Con qué protocolos están trabajando?**

Estamos trabajando con los protocolos vigentes de nación, nosotros desde secretaria de salud nos bajan algunos protocolos más locales de acá de San Martín.

### **¿Y tienen muchas diferencias con el protocolo de Nación?**

No, no, pero los circuitos son más locales entonces nos sirve por eso.

### **¿Qué requisitos hay para ser atendidos en el CAPS?**

Ninguno, puedes tener Galeno y atenderte acá. Atendemos a toda la población por igual. Hay un montón de gente que se atiende acá por salud sexual que tienen obra social, bueno para el ILE también porque en las obras sociales no lo cubren.

Por ahí hay personas que vienen de otros partidos y acá tenemos muy cerquita Vicente López y lo que nos pasa es que viene un montón de gente de ahí, nosotros lo atendemos, pero el problema es cuando tiene que acceder algún recurso social, de desarrollo social y ahí puede acceder a los recursos municipales de acá y ahí tenemos que ver cómo puede hacer para que acceda a los recursos sociales de su partido y eso mucha vez es muy difícil.

### **¿Tienen redes ya creadas y establecidas con las cuales trabajan?**

Dentro del municipio sí, y por fuera es más difícil esto no es solamente acá, sino en casi todos lados sucede que las redes son bastante informales, y los circuitos son bastantes informales, entonces tiene que ver más con que yo conozco a fulano, espera que lo llamó y me resuelve, No está bueno, es algo que hay que mejorar, no es algo de acá de San Martín, sino que es en todos lados. Pero bueno existe, existe y uno en ese afán de mejorarle la vida de la persona de colaborar, de estar y acompañar uno lo hace porque es la forma que tenemos

### **¿Con qué recursos cuentan acá en el Caps.?**

Recursos humanos más o menos somos 50 personas, los residentes dependen de la Provincia de Buenos Aires, pero es como una cosa extraña porque ellos dependen de la provincia de Buenos Aires, pero su parte formativa, yo como directora sería como la máxima autoridad de la residencia, cuando en realidad la residencia depende de la provincia.

Después el resto son todos trabajadores municipales.

### **¿A nivel material?**

Son escasos en todos los centros de salud, escasos en el sentido de edificio más que nada. Después, lo más importante para mí cuando estás en este lugar es garantizar los derechos de las personas en la comunidad y unos de esos derechos se garantiza teniendo personal, porque si no, no puedes atender. Pero más allá de eso, dentro de todo se intenta resolver de alguna manera. Después lo que nos falta son recursos edilicios.

### **¿A la hora de realizar una intervención?**

No, en general no tenemos grandes problemas con eso. Lo que tenemos son cosas precarias, por ejemplo, una camilla que es recta, entonces en una camilla de ese estilo una intervención ginecológica no la podés hacer. En realidad, si la podés hacer, porque los médicos generalistas te ponen un diu arriba de una mesa. Pero tenemos que mejorar algunos recursos. Entonces tenemos camillas ginecológicas, pero no tenemos las suficientes. O tenemos balanza, pero tenemos una para todo el centro de salud, pasan esas cosas, pero para mí lo prioritario es el vínculo con la comunidad.

### **¿Y el plazo temporal para realizar una ILE acá?**

Nosotros no tenemos ecógrafo, pero tenemos en San Martín algunos centros de salud que tienen turnos para ecografía para ILE y donde digamos yo entro a la computadora y le doy el turno desde acá. Son turnos reguardados para eso. Eso es por protocolo, es hasta la semana 12 y si no se intenta resolver en un segundo nivel, digamos cuando se resuelve por el primer nivel se resuelve en el centro de salud, y si necesita resolverse en un segundo nivel se

coordina con el hospital Belgrano o con algún otro hospital de referencia que eso lo manejamos con el programa de salud sexual del municipio.

**¿Una vez que fue derivada al hospital Belgrano, ustedes realizan un seguimiento?**

Seguimos, seguimos realizando el acompañamiento.

**¿Qué pensas de la interrupción del embarazo?**

mmm me parece que es, nada, que sea ley, porque creo que es el acceso a los derechos de las mujeres y la decisión de lo que hagan con su cuerpo.

Más allá de eso, hay una discusión con quienes no están de acuerdo, entonces a mí se me arma mucho cuando por ejemplo nos sacamos fotos con pañuelos verdes y digo bueno todas las otras personas que son pañuelo celeste, que yo también quiero que accedan al centro de salud, porque son parte de la comunidad y porque tienen derecho a pensar eso.

Entonces, nada, yo recontra militó la interrupción del embarazo, entiendo que tiene que haber una ley para que no exista la informalidad, haciendo que muchas mujeres no accedan y que algunas que acceden también se sientan mal por eso, porque sientan que lo están haciendo de una manera irregular y también para los profesionales que intervenimos en esas situaciones, a veces, bueno acá no pasa pero si, hablando con profesionales de otras instituciones que están todo el tiempo como...Sienten una mirada de otras personas: ah vos haces eso y no lo deberías hacer.

Yo estoy convencida de que es lo mejor que nos puede pasar, eso, no mucho más que decir, pero creo que sí, que tiene que salir la ley, que la ley ordena y que la ley es para que la mujer pueda decidir.

Lo que siempre digo es que los que no están de acuerdo, está bien que no lo hagan que no accedan, no hay problema. Eso es lo que me parece importante que los que no están de acuerdo puedan entender, nadie les está obligando a hacer algo que no quieren, pero bueno es difícil igual.

**Volviendo un poco para atrás ¿En 2018 cuando se presentó el proyecto de IVE y tuvo todo ese movimiento, estuviste al tanto del proyecto, lo militaste, como te enteraste?**

Estuve al tanto... Siempre me interesó estar al tanto, he ido a algunas de las movilizaciones que se hicieron, no a todas, de hecho, hoy, por ejemplo, no voy a ir, pero porque estoy acá y después de acá tengo que ir a buscar a mis hijos... pero nada, recontra acompañó que la gente lo haga y me parece re bien.

**¿A lo largo de este tiempo, desde 2018 hasta la actualidad, se generaron espacios de discusión en tu vida diaria con tus amigos, tu familia?**

Si, Con mi familia no por suerte, porque están de acuerdo. Pero si... Con mis hijos no porque son muy chiquitos. La más grande ahora que tiene 11 me está preguntando cosas, porque ve las cosas que publico y me pregunta... y bueno está en una edad en la que mmm uno más o menos sabe. De hecho, porque ve cosas que.... El otro día ella me dijo mira mamá esto y era un video de tiktok donde había un feto, como de 10 meses, y como que había toda una cuestión alrededor de eso, tipo, no puedo creer que la gente aborte, entonces todo eso, que es muy difícil de explicarle a una nena de 11 años. y que... es un horror que suceda eso en las redes.

Pero después discusiones, discusiones, no, si fueron discusiones fueron en buenos términos y cada uno con su ideología. De hecho, mi pareja este re a favor del aborto, re, pero siempre me dice también yo entiendo a quienes no están a favor, porque también ellos tienen sus argumentos para estar a favor. Así que nada con él también discuto un montón en ese sentido... pero bueno nada, eso.

**¿Y con amigos/as?**

mis amigos están todos a favor, sino no serían amigos jaja. No, no, la verdad, que no.

**¿Y acá en el CAPS?**

Si hablamos, pero más que nada lo que le pasa a la gente con eso digamos, lo que nos pasa en los consultorios cuando atendemos a una mujer que viene con estas situaciones que viene con múltiples situaciones, digamos. No es solamente un ILE sino todo lo que le pasa a esa

persona, toda la historia, que le pasó en su vida y todo lo que trae después también a hacerse un ILE. A veces no, y a veces un montón de otras cosas.

**¿A partir de todo este movimiento, se generó algo dentro del CAPS?**

En el Caps. se movilizó más, sí.

No, en general la verdad, solo tenemos una residente que ella no hace abortos, porque es de una religión que, no les quiero mentir porque no sé, pero es una religión que no... pero ella, igual para mí esta buenísimo, digo, igual que ella atienda a una persona y le de las herramientas, y que le diga bueno si no quieres tener este embarazo te voy a derivar acá a mi compañero, que ella te va a orientar. Está bien, para mí eso es fundamental, a mí no me importa que ella esté en contra y no realice aportes, me parece hermoso, digamos, que ella haciendo eso y pensando eso pueda, en su consultorio, pueda decir bueno no, te derivó con tal persona.

No como esa compañera que les digo que tenía, que los llenaba de culpa a la gente.

**¿Ella es una objetora de conciencia y eso no es un obstáculo para que tenga acceso?**

Claro.

**¿Vos sentís que este tiempo, hubo cambios en tu percepción, en tu forma de ver las cosas, algo que repensaste?**

Si... no, no sé... no, nunca me lo cuestione, si tenía que ser legal el aborto... como que para mí tenía que serlo. Emm, la verdad que tuve una persona, cuando yo era muy chica, adolescente, en la secundaria... Tuve una... mi mejor amiga, digamos, tuvo una situación... no llegó a abortar, pero como que con ella lo viví muy de cerca y, con su familia que la acompañó un montón, ella igual, al final, decidió tener a su bebé, pero está era una posibilidad cuando el aborto no... no había ILE... no... te estoy hablando hace 18 años atrás. y... no sé... yo no me lo cuestioné nunca por eso, porque siento que para mí es algo re natural digamos, que exista digamos, no habría discusión... pero bueno...

**Y esto de militar la ley, ¿lo hiciste siempre o este tiempo de manera más activa?**

En este tiempo lo pude hacer con mayor libertad... creo que, nunca, anteriormente, milite el aborto legal digamos, como que nunca... no me lo había planteado así. Si... por ahí... yo, la verdad que no trabajaba en salud pública antes y ahora soy re militante de la salud pública y como que amo trabajar acá y todo... pero por ahí tiene que ver con eso también. Mi distancia a la salud y lo que pasaba en relación a eso, entonces como que mi experiencia había sido más personal, en relación a mi amiga y eso, pero no desde algo comunitario, de lo que pasa en general a la población...

### **A nivel municipio, ¿Qué posición consideras que tienen con respecto a la ILE?**

Mira, yo ahí no sabría responderte todo, pero... lo que creo es que el municipio es parte del estado y nosotros como centro de salud del Estado, representamos al Estado, entonces creo que todas las movidas que se hacen en relación al aborto, hasta que no salga la ley realmente tienen que ser individuales y no institucionales, para el afuera. Entonces... como representantes del Estado digamos, también es otra discusión que se arma todo el tiempo acá. Nosotros nos sacamos un montón de fotos acá y todo, pero yo no puedo tener al centro de salud pintado de verde, si de violeta. ¿por qué? Porque yo quiero que acá acceda toda la gente y todavía no es una ley, entonces, más allá de que la gente sepa que puede venir y que nosotros garantizamos derechos. Como municipio también se juega un montón, no sé, nunca lo hablé con las autoridades del municipio, pero yo sé que saben que nosotros realizamos interrupción legal del embarazo, pero bueno, eso se puede hacer digamos. Las ILES están y se pueden hacer y lo hacemos bajo un protocolo municipal, de la secretaría de salud, del área de salud sexual, que existe y con ellos laburamos un montón y nada, recontra garantizan derechos. Emm, esa es la posición de ellos, desde el municipio es esa, es ir como se van dando las cosas, entendes. Entonces nosotros como representantes del estado, tenemos que hacer lo mismo.

Nosotros, por ahora, garantizamos el ILE, y la secretaría de salud lo sabe, obviamente, pero bueno hasta ahora...

### **Desde el municipio ¿Hay algún requisito a la hora de que ustedes realicen una ILE?**

Si, hacemos un informe. Un informe breve, brevísimo, que ya está medio predeterminado, donde se pone la cantidad de semana en la que están... todo eso para que, en general todo eso para pedir el misoprostol, para pedir la medicación.

Después tenemos un centro de salud cerca que hace AMEU, la aspiración... ellos no tienen muchas pacientes, como que es un poco más invasivo, entonces... Algunos pacientes quieren acceder al AMEU porque al otro le tienen como... por ahí están en sus casas con sus hijos entonces sienten que no lo van a poder hacer en sus casas con las pastillas. No tenemos mucha gente que quiera acceder al AMEU, pero bueno, se les da la alternativa. y, segundo nivel, perdón, mmm programa, lo que hace es que nos recibe nuestros informes para que le demos la medicación y una vez que nos da la medicación, que tarda muy poquitos días, ellos nos piden otro informe, que es que la paciente tomó la medicación ósea que ya hizo el tratamiento y que funcionó.

Si no funcionó el tratamiento, se vuelve a intentar, si está dentro de las semanas que se puede hacer la interrupción del embarazo y si no, si ya se pasó las semanas, se hace la derivación a segundo nivel.

**¿Y esta forma de abordar la situación es reciente o ya se viene haciendo así desde hace tiempo?**

Y, hace un montón. No sé decirte desde cuanto, la verdad, pero hace un montón.

**¿En este tiempo no hubo cambios en como se venía trabajando desde el municipio?**

La verdad que no, yo destaco un montón la mirada que tiene la secretaría de salud, es una mirada bastante... como te decía, una mirada así de garantizar derechos, una mirada amplia, de la salud integral. Tiene muchos médicos generalistas que tienen como una formación diferente a otro tipo de médico, a otro tipo de medique, no son tan hegemónicos. Hay generalistas hegemónicos, pero en general no tanto... Están muchos más abiertos a trabajar en interdisciplina, mmm, tienen espacios interdisciplinarios en su formación en la residencia así que... y bueno, lo que tiene la secretaría de salud es que, de hecho, ahora el secretario de salud es médico generalista. Es un dato digamos. pareciera que no, pero en general no sucede. Lo mismo que yo, como trabajadora social, llegué a ser directora de un centro de salud, eso no es algo que... para mi es algo que yo lo destaco todo el tiempo porque a mí me lo dijo hace poco una trabajadora social, más vieja que yo jaja alguien con la que yo tuve mucho

contacto porque tenía residentes a cargo que eran de la facultad donde ella era profesora, y me decía “ qué bueno, que importante” porque de hecho, en CABA no puedes ser director de un centro de salud si no sos médico y ella me decía: “ para mi es recontra importante que, también los que estudian trabajo social, sepan que el trabajo social no es solamente asistencia sino que tiene un montón de gestión”. Ponele, a mí me encanta la gestión, y la asistencia... me gusta, pero me gusta más la gestión. Y ella también me remarcaba la importancia de si haces gestión también haber tenido la experiencia de hacer asistencia porque tenes como la experiencia del campo, pero bueno, la verdad nunca se nos va eso porque... cuando con el equipo decidimos hacer algo en el barrio, en la Rana, yo voy y me encanta estar ahí. Como que no puedo no estar. A veces me decían eso, como que raro ver a la directora acá Pero bueno, para mi es importante destacarlo, que desde la secretaría de salud que tengan... son 20 centros de salud y que tengan en 4, trabajadoras sociales como directoras, es algo a destacar digamos. Que también habla de la mirada que tienen ellos como salud, de salud.

**Para ir finalizando, desde el municipio, ¿tuvieron alguna capacitación sobre ILE en estos tiempos?**

Desde el municipio, no. Por lo menos desde que estoy como directora, plena pandemia, no. Desde la formalidad no sé si habrá capacitaciones, son más como “internos”, del boca a boca. Pero hay protocolos y nosotros nos regimos por el protocolo. Todos los centros de salud que hacen ILE se rigen por el protocolo.

**¿Y en relación a la modificación que se hizo ministro Ginés sobre la causal salud?**

Y... nosotros ya veníamos trabajando con la causal salud, pero se sirvió. Nosotros cuando ponemos causal salud, es salud integral y entonces si la mujer decide no seguir con ese embarazo porque... siente que, no sé, que va a sufrir por eso, para decir cualquier cosa, para nosotros es causal salud. Entonces, estuvo buena la modificación, pero nosotros ya veníamos trabajando desde ahí... Por ahí para justificar, era más difícil y no teníamos tanto acceso a la medicación como ahora. En eso, me acuerdo, no había tanto acceso a la

medicación como que... era más difícil porque tenías que ver cómo ponerlo en el informe para que sea causal salud, como que era más rebuscado, pero ahora... es distinto.

### **¿En este último tiempo ponen causal salud?**

Antes eran informes largos y complejos y hasta por ahí medios forzados, viste. Era difícil... tipo le preguntabas a las chicas: vos... decime que abuso, maso menos, un poco más y le tenías que decir “decime que abusó de vos”. Era tremendo, te sentías en ese lugar todo el tiempo. Pero bueno, sí, nunca dejamos a nadie ahí, tirado... sin respuesta.

### **¿Algo más que quieras agregar?**

No nada más. gracias!

## **Desgrabación de entrevista realizada a Medica generalista del CAPS. 10**

### **¿Hace cuánto tiempo formas parte del CAPS?**

Hace 3 años que formó parte del CAPS. Hoy es mi primer día de 4to año de residencia.

### **¿Qué podrías decirnos de la población que asiste al CAPS?**

Nosotros tenemos un área programática de 15 mil personas, 51 manzanas que rodean al centro de Salud, no estamos en el centro. Pero sería como la gente para la cual somos responsables nosotros. De todas maneras, justo este CAPS particularmente en salud sexual no trabaja solamente en su área programática, nosotros atendemos gente de un montón de lugares, tanto en otras áreas programáticas de San Martín, como de otros distritos. Acá desde el CAPS, atiendo gente de muchas localidades diferentes, zona norte, zona sur. Más lejos también.

Como en la mayoría de los centros de Salud, se atienden más mujeres, eso es así siempre en la atención de salud, mujeres con los niños o mujeres solas, y después población mayor adulta. Después particularmente, porque nuestro barrio es un poquito más picante, por ahí una población que se pica un poquito más, por temas de consumo y esas cosas, pero eso es porque bueno por donde esta nuestro CAPS digamos en el área demográfica en el que está puesto. Después la mayoría de la gente trabajadora, clase baja y media baja, con trabajo y sin trabajo, muchos sin trabajo, y otros con trabajos dentro de diferentes programas municipales,

provinciales, sería como gran parte de la gente que asiste más o menos estaría conformada digamos ahí, con ingresos muy limitados.

### **¿A la hora de abordar las situaciones ILE/IVE como se abordan esas situaciones, como llegan?**

Nosotros ya hace 10 años más o menos, tenemos 2 días por semana que son días que están puesto para la atención de salud sexual y reproductiva, son días que se trabaja por demanda, por turno, dentro de las personas que atendemos ya es bien sabido que el espacio de salud sexual, de hecho esta así, la gente pide por el espacio de salud sexual directamente, y es una demanda de métodos anticonceptivos, ILES o de cualquier otra patología de lo que es tracto genital vienen al espacio de salud sexual, atendemos en general en duplas, con rotantes de Trabajo social, o con otras resis, o con rotantes de la carrera de medicina en la UBA, o con resis que rotan desde otros CAPS, tratamos de atender siempre en lo posible de atender en duplas. Cuando no, es entre resis de los primeros años y de los últimos, la idea es que haya 2 personas conteniendo la situación y trabajamos en diferentes tipos de consultas, no todas las personas que llegan al CAPS, llegan al mismo momento para hacer una interrupción del embarazo, pueden llegar con un atraso menstrual, que sería una consulta de atraso menstrual, o puedes tener una consulta propiamente de ILE cuando tenes un embarazo confirmado por ecografía, lo que hacemos como circuito es primero fijarnos en qué etapa de ese abordaje estamos. ¿Hay ecografía? o ¿no hay ecografía? para ver cómo nos vamos a enfocar en esa pregunta. Y cómo enmarcamos en la consulta, si la vamos a enmarcar como un atraso menstrual o la vamos a enmarcar como un embarazo no deseado, y en base a eso, bueno se procede a la contención y al armado de la red, que es lo que más se trabaja en la consulta.

### **¿Cómo sería eso del armado de la red?**

Bueno, más importante que dar pastillas y enseñar cómo usarlas es entender si la persona que se va a atender está en condiciones o no, y en qué condiciones va a realizar una interrupción de embarazo en domicilio, entendiendo que es una práctica segura hasta las 12.6 semanas hacerla en domicilio es algo que se trabaja mucho desde la primera consulta, no es que te vamos a dar una medicación, no es dar una medicación la consulta de IVE. Es una parte que garantiza por ley, arrancamos siempre citando la ley, que es tienen derechos ser atendido, es un derecho la interrupción a solicitud de la persona sin justificativo, siempre y cuando esté

dentro las 14 semanas, pero más importante que sepa que puede, es en qué circunstancias lo puede hacer, porque muchas veces hay un deseo y hay que ver como se acompaña ese deseo para que se desarrolle de la mejor manera posible.

Por ejemplo, ¿están las condiciones dadas para que lo haga en domicilio? ¿Qué tipo de domicilio tiene? ¿Cuál es su red? ¿Los que conviven con vos saben que estás embarazada? ¿Saben que lo quieres interrumpir? ¿Están de acuerdo con esta práctica?

El estar de acuerdo, a veces algunas se quedan con estar de acuerdo, por ejemplo, surge la pregunta de: ¿Tu mamá sabe? ¿Tu pareja sabe? y no tiene que ver con la aprobación o no aprobación de los miembros de la familia de lo que cada una haga con su cuerpo sino tiene que ver en qué circunstancia esta persona va a abortar dentro de su domicilio

¿Se tiene que esconder? ¿Lo va a hacer escondida dentro de su cuarto? ¿Quién la acompaña? ¿Si tiene alguna pauta de alarma a quien se lo podrá decir? ¿Puede contar con su pareja? ¿Lo va a hacer bajo un circuito de culpa que le va a generar la persona que no está de acuerdo con su práctica? o ¿se siente acompañada y hay una red de contención alrededor?

Si no hay red de contención alrededor empezamos a hacer familiograma, empezamos a pensar, quien sí, quien no. ¿Tía?, ¿amiga? pensemos entre todos ahí en la consulta, con quien contamos, con quien no, quien va a ser esta red, porque uno trabaja en el consultorio un rato, y después la verdad que todo sucede en la casa, y uno no está en la casa, de todas maneras, la mayor parte de nosotros, no digo todos, pero la mayor parte damos nuestro teléfono.

Continuamos digamos con la atención, cuando haya dudas, en domicilio. Es algo que solemos hacer, lo mismo para consulta pos aborto, me mandan la foto, alguna duda, que paso, como estas, ya está te dicen, ya arranque, o ya termine y bueno eso a cuento a la red y a la contención, y obviamente hacemos una fuerte consulta de saber cómo esa persona esta, como esta en ese momento, como está afrontando, se inicia siempre con una consultoría de opciones, no es que solo nos dedicamos a hacer abortos, soy la misma persona que hace acompañamiento de embarazo, y si bien hay una fuerte línea feminista, y un fuerte sostén de lo que es aborto legal en el centro de salud. Que fue el primer centro de salud en hacer abortos en todo el municipio de San Martín, tiene como un peso muy grande digamos en eso. La línea, ya cuando entras a trabajar acá medio como que tenes que estar de acuerdo con esto, porque no hay mucha, digamos que te corretean, digamos no vas a trabajar muy cómodo si no estás de acuerdo con esto, porque la realidad es que hay una línea de defensa de derechos muy fuerte, en cuanto a lo que es salud sexual y reproductiva. Así que bueno, nada,

básicamente como está la persona, se hace una consultoría en opciones, ¿qué decisión vas a tomar?, ¿cómo estas con esta decisión?, ¿qué vas hacer con este embarazo?, ¿Ya pensaste que quieres hacer con este embarazo? ¿lo vas a pensar sola? ¿Lo vas a pensar con alguien? ¿Piensas que alguien te puede ayudar a tomar esta decisión mejor?

A veces ahí entra Psico, o trabajo social dependiendo de la respuestas que tenga en esta persona, no todas las respuestas son iguales, no todas están decididas, y la idea de que el proceso sea lo más consiente y acompañado posible para que después no tengamos problemas en el post, sino lidiar con que esto genera un peso en su trayecto de su vida sexual y sobretodo que entiendan que es una decisión de un momento que hay que contextualizarla, que hoy puede considerar que no es el mejor momento para tener un embarazo y llevar a cabo una crianza, pero que tranquilamente el año que viene puede decidir que es el mejor momento para ser madre, y poder tener deseos de maternar y eso tiene que estar garantizado que su salud sexual y reproductiva queda intacta, ósea que no tenga ningún problema por el aborto que le genere alguna imposibilidad de maternar, cuando esa maternidad si sea deseada, y eso como que se trata de dejar bien en claro, de respaldar su decisión en este momento, como contextualizando, y tratando de que sea una decisión liviana, para las personas que acuden solicitando una interrupción del embarazo, y sin juzgar ninguna decisión, entendiendo que solamente la persona puede tomar esa decisión, nosotros solo acompañamos con información todo lo que esa persona decida sobre su vida sexual, siempre y cuando esas decisiones no la pongan en riesgo y no comprometan su salud sexual y reproductiva futura, siempre vamos a recomendar una práctica segura, no solamente abortar por abortar, es no ponerte en riesgo.

**En el caso de que el trabajo sea en duplas, pero que no tengan estos rotantes de trabajo social y psicología, ¿qué criterios son los que les permiten a ustedes dar intervención a las distintas disciplinas?**

Un quiebre emocional dentro de la consulta, frente a determinadas preguntas, una indecisión muy fuerte, casos de minoridad, por ejemplo casos puntuales, chicas jovencitas, muy jovencitas, o peri catorce años, que si bien la ley está de su lado por la edad, digamos la chica puede decidir, la persona puede decidir, cualquiera sobre su salud y tomar decisiones libres sobre su salud, incluso antes también porque hay temas de interés superior del niño y bueno hay otras cosas que igual aunque tenga 12 igual se puede pensar en autonomía progresiva, digamos hay cosas que están en juego, pero cuando igual son gente, personas pequeñas tratamos de hacer un abordaje interdisciplinario, en qué condiciones está, y en ese caso se

piensa muy muy bien, si se puede realizar una intervención en domicilio o no, si emocionalmente se está para hacerlo en domicilio, y cuáles son las características del domicilio para acompañar a esa persona.

### **¿Y si no se puede dar en el domicilio?**

Si pero por ejemplo vos evalúas, tenes una chica que es muy jovencita, madurativamente cuando vos hablas con ella te das cuenta de que la situaciones es como que es muy compleja, está cargando con un montón de inseguridades familiarmente y en la casa tiene el baño que te queda en el patio, tenes que salir afuera, es invierno, o no tiene agua dentro de la casa, y para salir al agua tiene que salir afuera, y vos decís che el aborto en domicilio no es lo mejor para esta piba, en realidad buscamos otra alternativa.

Se articula con algún otro servicio, no siempre el aborto en domicilio es la primera opción, siempre hay que evaluar a la persona, se trata de que siempre, hay que dejar elegir. Para la mayoría un aborto en domicilio, respetando la intimidad de su hogar y sus tiempos, viene a ser lo mejor. Para otras no bajo ningún punto de vista, vive situaciones de violencia, están sus cinco hijos a cargo, siempre que haya hijos en el hogar, una pata de la consulta importante es ¿quién va a estar al cuidado de los niños en el momento que este abortando, con quien contas como red, quién o qué persona de la familia puede pasar a ocupar el rol principal de cuidador de tus hijos, pueden estar en la casa de algún familiar, de alguna amiga, amigo, para que esa persona puede estar ocupándose de sí misma, de su salud y no al cuidado de niños pequeños por ejemplo hay chicas que abortan y están amamantando todavía, y entonces a veces hay que tomar decisiones en las que bueno che, no pueden salir de la casa, lo mejor que puede pasar, ¿la mejor forma de interrumpir este embarazo es con pastillas? y quizás no, eso hay que pensarlo, hay que hacer un abordaje completo socio familiar, de la situación de vivienda, para ver casos puntuales en los que quizás no es lo mejor un aborto en domicilio, son los menos, porque la mayoría aborta en domicilio, pero hay que estar atento de pregunta cómo es la situación de casa persona, situación de aborto.

Que pueden ser, de vuelta, complejas, no es lo mismo abortar en una casilla que abortar en una casa con todos los servicios. Fácil es imaginarse una chica de clase media abortando en la casa, con agua caliente, acompañada de todas sus amigas, haciendo una tribu y haciendo mandalas y cantando. ¡Acompañando una situación así de empoderamiento, respecto de su

salud sexual, hermoso! aplaudo, me parece increíble hacer una cosa así, pero una piba del barrio que vive en una casilla, que no tiene agua caliente en la casa y que el baño le queda atravesando un patio y que el padre o la madre no esté de acuerdo de que este abortando no es la misma situación. Ahí se vulneran un montón de derechos, las chicas están en una situación de mucha vulnerabilidad, entonces uno piensa como equipo, que podemos hacer frente a esta situación. Pensar, ¿es tu casa?, ¿es otra casa donde debería ser?, ¿Hay otra casa dentro de tu red que se puede utilizar? ¿hablaste con tus amigas? ¿Cuál es el vínculo con las madres de tus amigas? Ahí empieza a abrirse un montón de cosas, en la elección del lugar y del día, son cosas que se abordan. ¿Cuál es el mejor día? no es que te doy las pastillas y ya.

Hay un montón de cosas que salen en la consulta, y evaluar bueno, realmente como uno va a acompañar y que esta situación sea la más respetada, amorosa, y que contemple no solamente tu salud física, sino tu salud emocional psíquica digamos que no haya compromiso de nada del cuidado de por ejemplo del cuidado de tus hijos, no puede depender solo de la persona que está abortando, porque si pasa algo tenemos a 3 niños en pañales dentro de la casa, necesitamos a la madre que en ese momento está en otra, entonces bueno se piensa toda una red y como se puede acompañar dentro del CAPS.

Digamos empezamos a tirar ideas, yo no puedo ir a sostenerle al niño en brazo, no es que yo pueda ir a la casa, pero si adelantándonos a esas situaciones haciendo la preguntas que hay que hacer para poder, diagramar, tirar opciones y pensar entre todes, tirando ideas. ¿Quién más puede ser? ¿En qué horario trabajan esas personas? Para ayudarte a encontrar el día en que pueden estar cubiertas las otras necesidades de la casa y que las chicas se puedan ocupar. En realidad, que la mayoría de las mujeres son responsables de sus hogares, porque es un tema de disparidad de género, y las mujeres están a cargo de sus casas y de sus hijos, entonces abortar en esas condiciones, implica dejar de lado otras cosas, y hay que ver eso cómo se encara. Teniendo en cuenta que todo está atravesado por el género, y que no es solamente abortar, que hay otras cosas, que están por detrás de esto.

**Y cuando no se puede realizar en domicilio, ¿tienen desde el caps. un vínculo con otras instituciones a la cual se puede derivar?**

De elección se puede realizar una AMEU. Y eso incluso lo podemos hacer en un CAPS que está acá cerca y que tiene dispositivo de AMEU en APS. Ese sería nuestro Disney.

Después eso te permite hacer un aborto seguro, con un profesional, que se resuelve dentro de las 4 o 5 horas y estas de alta en tu casa, y estas en un consultorio, no requiere internación, lo

mismo, tenes que pensar si una piba tiene criterio de internación, y bueno tenes que pensarla, esta para internarse, quien le va a cuidar a los 4 pibes, son cosas que nosotros como generalistas tenemos en cuenta, es lo bueno, bueno, de no trabajar en ámbito hospitalario, donde uno no solamente ve criterios de internación y enfermedades sino que lo bueno acá uno labura con las personas, las ve todo el tiempo, entonces tenemos en cuenta esas otras cosas en el primer nivel, donde en el segundo nivel no mira, es como que, tenes o no tenes criterio de internación. Acá bueno tratamos de bueno, de ver en que se acompaña en todo lo otro hasta llegar al criterio de internación, y después en el caso de que no y tiene que pasar al hospital. Se coordina la recepción del hospital. Tenemos buen vínculo con el servicio con uno de los hospitales regionales de acá, se habla la situación, se hace un informe, se notifica el caso, sea el médico o social, hemos notificado las 2 cosas, la verdad es que hay fuerte recomendación de que no se realice en la casa, ¿No me la aceptas? y que realice una interrupción en el hospital.

### **¿No hay conflictos, no hay tensiones, se levanta el teléfono, como es que se maneja?**

Vínculos formales e informales. Tenes que hacer las dos cosas a la vez, eso es micro gestión, siempre en la gestión tiene que estar las dos: Tenes que tener buen vínculo con el servicio, que implica una llamada telefónica, un mensaje, lo que sea, y lo otro es un informe formal al programa de salud sexual municipal que ellos se encargan de gestionar todo lo otro. Pero aparte vos primero tenes que tantear, tengo una piba así y así, me parece que esta es la situación, que te parece, pueden recibirla o no, cuando me das el OK mando el informe, igual va con informe firmado por los profesionales, por la directora ósea hay un algo formal pero que está contemplado incluso por cuestión social. Por ejemplo, casos de extremas violencia, o cuando hay un aborto acompañado de mucha violencia intrapareja, o pibas que están en situación de violencia muy cruda, no pueden abortar en la casa, es exponerla a una situación de vulnerabilidad súper, súper alta. Abortando cuando vos tenes una situación de violencia en tu hogar, entonces hay que pensar de que, si no existe una amiga, una casa la tenes que internar.

### **¿Cuál sería el hospital regional?**

Belgrano. A veces se deriva al Bocalandro, en general esos dos. Ahora estamos haciendo vínculos nuevos, recientes del último año, con el catex ósea con el Eva Perón, y después con el Thompson nada.

Los servicios dependen de las personas, lo que hoy es, quizás en dos años no lo es porque hay otra persona que es accesible y de repente la situación cambia. Así como está la situación hoy, es el Belgrano y el Bocalandro, esos son los circuitos más cercanos.

De toda manera se eleva a programa provincial y la provincia tiene que encontrar una cama. Eso se activa con el 0800 de nación y se consigue si es necesario, si es un embarazo avanzado, que no se puede enmarcar como ILE y tenes un IVE, lo tenes que elevar a nación y consiguen una cama. Se hacen las gestiones para que esa interrupción se realice.

Dependiendo de los causales, ahí ya hay que encauzar. La idea es siempre respetar la decisión de la mujer.

**¿Antes de la ley como era la forma de abordaje?, ¿qué diferencias hay entre lo que nos relataste y lo que pasaba antes de la ley?**

Te lo digo con total naturalidad, antes de la ley se abortaba igual, se abortaba por fuera de las instituciones de salud, con consejerías en prevención de riesgo y daño, en información sobre el misoprostol a cargo de no profesionales de la salud, en muchos casos muy bien hecho, muy bien asesorados, en otros casos no. Y después dentro de lo que es el sistema formal, dentro del sistema médico, si hacíamos lo que se llamaba un aborto por causales, antes de la sanción de la ley nosotros trabajamos mucho con lo que es el ART. 86 del Código penal, que en sus primeros incisos habla sobre el aborto no punible, entre eso y la sanción del fallo FAL, cuando sale, la verdad es que nosotras legalmente teníamos un resguardo legal muy alto y entendiendo que la salud encuadra diferentes aspectos de la salud, no solamente la salud física, salud mental y social, la verdad es que siempre encontrábamos la forma de encauzar un aborto cuando era requerido, porque no hay persona que no goce de salud completa, porque si uno piensa la salud como un estado de bienestar completo de toda las esferas, física, psíquica y social, nadie tiene una salud emocional completa, es un estadio dinámico que viene y que va, y como la definición de salud esta pauta así desde la OMS, y el artículo 86 del código lo que te dice es que si está comprometida la salud de la madre, la verdad es que siempre la salud está comprometida por algún motivo. Así que es cuestión de tener una escucha activa, de abrir la cabeza, y de escuchar realmente los motivos de la otra persona, si uno escucha bien, seguramente la salud está comprometida, sino no estaría solicitando una interrupción.

Así que en ese contexto nosotros realizamos por cada paciente un informe, cada paciente se encauzaba, por el artículo, se citaba la ley, y se citaba todo digamos una cosa, de un resguardo legal mucho más grande, las historias clínicas eran con un nivel de escritura muy alta para poder encauzar y eso si es lo que cambio.

Ahora con una sola solicitud yo puedo no... A ver, seguimos escuchando todo lo mismo, la diferencia es que no lo escribo, porque en verdad, que yo no necesite que vos me lo justifiques no quiere decir que yo no abra lo suficientemente la consulta para que vos me cuentes todo, de cómo te sentís, de cómo te hace sentir ese embarazo, y por qué quieres abortar y en qué situación quieres abortar, porque toda esa información si nos ayuda a que tu interrupción del embarazo sea lo más amorosa y contenida posible, la diferencia es que yo no necesito formalmente decir: de que trabajas, que trabaja en negro, que tiene tres pibes, que alquila, que el marido no pone un peso, que trabaja de changa, o esta piba su salud sexual y mental esta recortada, como que hay un montón de cosas que van saliendo en las consultas, que la verdad las enmarcábamos todas, por ejemplo el riesgo que puede tener el embarazo para su salud, para su vida. Para la mayoría de las chicas que trabajan en negro, un embarazo, chicas que tienen niños a cargo y pagan alquiler, un embarazo puede implicar la pérdida del trabajo, y la pérdida del trabajo es la que les da la comida a sus hijos, la verdad que no es muy difícil enmarcar y engrosar lo que era un embarazo no deseado, para que sea una interrupción legal del embarazo, que es lo que hacíamos antes, interrupciones legales del embarazo. Hoy día, desde el 14 de enero que se reglamentó, eh, nosotros ya dábamos medicación desde el centro salud, teníamos la suerte de trabajar con misoprostol, antes también, así que no, eso no nos cambió tanto en las consultas, la verdad que mis consultas duran lo mismo, la información que doy es la misma, la diferencia es que no tengo que redactar un informe, que escribo mucho menos en la historia clínica y me permito no exponer, eso sí la verdad que esta buenísimo, no tengo que exponer la vida de una persona en la historia clínica como era antes, y la verdad que uno está abriendo la vulnerabilidad de esa persona a otra persona que puede leer eso y que no sé con qué intención, no sé qué quiere hacer con eso, escribir cosas innecesarias, que exponen y abren sus vivencia personales a otras personas que después le quiere sacar una muela, no quiero saber que le pasaba o si tenía agresiones sexuales dentro de la casa, o si tenía problemas o lo que sea. Como hasta dónde, con qué nivel de detalle tenes que escribir algo, y para que se usa después y eso te expone un montón, y la verdad que, si yo puedo poner las cosas de la manera más conceptual posible sin detallar, me parece que eso me lo abriste a mí en ese momento y si puedo no escribirlo para

que después lo lea el odontólogo lo hago, si escribo lo que tengo que escribir, pero de otra manera, no teniendo que ser tan detallistas, eso a mí me cambio un montón no tener que escribir todo eso.

Me alegro de no tener que exponer la vida privada de todas las chicas que abortan.

**¿A la hora de pedir el misoprostol tenes que mandar un informe, como se hace el pedido, tienen una reserva ahí?**

Las dos cosas, por el caudal que manejamos nosotros de interrupciones, ya hace un año o algo es que tenemos stock, no siempre está disponible ese stock porque a veces lo liquidamos. Pero hacemos las 2 cosas, guardamos el stock para las semanas más avanzadas de interrupción, en el momento que tenemos mucho la verdad es que lo damos en la primera consulta, de embarazo no deseado, que viene con una ecografía, puedes irte con la medicación en el mismo día.

Hacer todo esto que te digo, hacer el enmarque, la causa, la evaluación de todo, y encima llevarte la consejería de cómo usar las pastillas y las pastillas las damos, eso puede ocurrir si llegas justo un día que justo nos llegó el stock, y también lo otro que hacemos es hacer una solicitud vía mail al programa de salud sexual municipal, se envía nombre, apellido y edad gestacional, ósea la cantidad de semanas de embarazo que tiene la persona que está solicitando, y en general en un plazo de una semana aproximadamente estamos teniendo la medicación. Tomamos el número de teléfono, y en el caso de que no hayamos usado el stock, te llamados por teléfono y te decimos qué día venir a retirar la medicación, y ahí si se entrega la medicación, se explica cómo se hace, se firma el consentimiento informado de la práctica, y se garantiza en el mejor de los casos, en el ideal de los casos, al que siempre apuntamos, el método anticonceptivo, en esa consulta, se va con el método anticonceptivo.

**¿Antes de la ley, de este contexto nuevo?**

Encausábamos, con eso pedíamos el informe y con eso pedíamos la medicación,

**¿Ósea tenías que enviar un informe para poder acceder a la medicación, no tenían como reserva?**

No, no teníamos stock. Y también hacíamos recetas, yo la verdad que con la población que atendemos, casi a nadie le hago una receta, hace mucho tiempo que no hago una receta, de hecho, de misoprostol.

Antes sí, pero bueno a veces vienen. El centro de salud es conocido digamos por el acompañamiento de interrupciones de embarazo, entonces a veces llegan por diferentes motivos, chicas de otros estratos sociales también a solicitar la información y acá se atiende a todo el mundo. La verdad no es que nosotros atendemos gente solo de San Martín, se atiende gente de otras localidades de donde vengas, y la realidad es que hay chicas que vienen con prepagas que te cubre el 50% de la medicación, yo te hago la receta, no se puede garantizar en ese caso la medicación gratuita porque algo que nos solicita el programa es que si vamos a cubrir medicación es alguien que tenga cobertura pública exclusiva, o que no la tenga pero ahí la tenes que justificar un poquito más, le digo, si mira. tiene obra social, porque trabaja de determinada cosa y el sueldo es mínimo, y no puede salir a gastar ocho lucas en una medicación, en ese caso se negocia eso depende mucho de la intervención nuestra ahí, si no tiene cobertura pública, la vamos a pelear, si pensamos que no la puede pagar la vamos a solicitar igual, con alguna micro gestión ahí en el medio, y si no hacemos recetas, y la verdad es que son las menos, casi no, hace un montón que no hago una receta de misoprostol. Antes se hacía, obviamente.

### **¿No hay requisitos para ser atendido en el caps.?**

Nada, llegar a corea, y traer el DNI. He atendido chicas de Paraguay. Como cualquier que solicita atención, la va a tener, a lo sumo no puedo garantizarte la medicación, la contención, el enmarque, como se usa, prevención de riesgo y daño, todo eso lo vas a tener, las pautas de cómo se hace, lo que uno espera que pase, los efectos adversos, las complicaciones, el acompañamiento todo eso va a estar, lo que, si va a estar un poco más peleado, es si te puedo garantizar o no garantizar que la medicación sea gratuita. En ese caso hay que ver de dónde si la puede sacar gratuita, a que circuito pertenece, en qué localidad está, ¿conocemos gente en esas localidades? Eso también lo re hacemos, porque todos los que trabajamos acá trabajamos dentro de la red de profesionales por el derecho a decidir, ósea todos estamos enmarcados dentro de la red, así que en la red tenemos accesos profesionales de todo el país, que pertenecen a la red, entonces cuando hay alguien que no es de acá, pero es de otra provincia, o es de otro lugar, se trata de ver che necesito un efector en tal lugar, listo, yo te decía alguno y listo lo mandas para allá.

### **¿Se manejan por WhatsApp?**

Tenemos grupos de WhatsApp regionales, ósea grupos locales, grupos más grandes, y grupos de mail y un grupo de Facebook. Así que con compas estamos muy vinculados, para que esa persona no se quede sin atención.

¿Esto viene funcionando hace años?

Si y previo a la ley. Nadie se queda sin atención, no si pasa por alguna de las manos de alguien que está en la red, a lo sumo vos no le podés garantizar algo, pero tenes que saber a dónde derivar, siempre trabajamos en quien la va a recibir.

¿Es como bueno tenemos la red territorial de saber en qué institución puedes ir, en qué lugar te van a atender, en qué lugar vas a poder acceder digamos?

Si total, tenes a alguien que es de otro distrito y pensas que va a ser complicado en otro lugar, y lo contactas, che porque no te vas acá, o nos contactan por el Facebook en vez de venir, o por el Instagram y en vez de venir te decimos che hay un caps., ¿vos de dónde sos? De Florencio Varela, Bueno hablamos con un caps. de Florencio Varela. Che tenes medicación, no me recibís una piba que es de allá, no viene para acá, directamente la hacemos entrar al CAPS de allá, para que directamente la atiendan, le hagan la derivación, se va a poder hacer la ecografía gratis, porque es de esa localidad, entonces todo se facilita, si entras en el circuito local. Pero no le negamos la atención a nadie, nadie.

**¿Las personas que vienen con obra social son muchas? ¿Aparecen muchas situaciones?**

No, actualmente no.

**¿Antes?**

Antes si, antes venia más, la verdad es que el nivel de acceso que hay hoy en la información, se está avanzando en una plataforma virtual, va a haber una aplicación, que te explica cómo hacer el aborto, la verdad que hoy en día el nivel de información es muy muy alto. Tenes que conseguir la medicación, y la cantidad de grupos de mujeres que acompañan situaciones de aborto son altísimas, por fuera de los sistemas de salud, entonces la disponibilidad, que tienen de poder acceder a un grupo de acompañamiento es súper grande, no necesitas un médico para hacerlo, necesitas médico para la receta, para evaluar bien los factores de riesgo, para saber si la persona no tiene una contra medicación con el misoprostol, pero la verdad es que los grupos de mujeres, de organizaciones de la sociedad civil, y político tiene niveles de información muy alto. Las pibas que quieren abortar consiguen información en un montón de

lugares, ahí nos volvemos prescindibles por suerte, porque no todas tienen ganas de acceder al sistema de salud para hacer esto, y sino sería re excluyente que solamente nosotros tengamos la información, se tornaría una práctica súper excluyente.

### **¿Qué pensas vos de la interrupción del embarazo?**

Bueno, soy militante de género hace 11 años, antes de trabajar en esto trabajaba en consejería de prevención de riesgo y daño en los barrios, así que arranco desde ahí a hablarte, como feminista y como mujer, pienso que cada persona debe elegir sobre su útero, y cuál es el momento de maternal o no maternal, a parte soy madre de dos niñas. Y solo una puede decidir cuándo es el momento de poner su cuerpo y afrontar una crianza, hoy quizás no es el momento, quizás es el año que viene, quizás es el otro, sería incapaz de juzgar a alguien que toma una decisión sobre su propio cuerpo. Pienso que una tiene que decidir cuándo es el mejor momento para llevar adelante una buena crianza, en el que pueda poner el cuerpo, en que pueda poner la mente, en que todos ganen, porque en verdad, llevar adelante una maternidad no deseada no solamente perjudica a la madre que lo hace sino también a la criatura, entonces la realidad es que no gana nadie, pensamos en que es una decisión personalísima la de llevar adelante un embarazo, y apare como profesionales de salud, todos los que formamos parte, de todos los ámbitos de la salud, somos agente Estatales y somos responsables de todos los embarazos no deseados que hay, porque la falta de acceso a los métodos anticonceptivos, por la falta de formación, por la inaccesibilidad a los turnos, a los centros de salud, por la falta de la aplicación de la ESI. Todo el Estado es responsable por cada embarazo no deseado, que una mujer no pueda planificar un embarazo es responsabilidad de todos, entonces tenemos que poner la cara y el cuerpo de igual manera para suplir la falta de porque esa mujer tuvo un embarazo no deseado.

Son pocas las fallas del método anticonceptivo, que haciendo todo bien falla, también hay tasa de falla de métodos anticonceptivos bien usados. Hay miles de maneras y formas y excusas de tener un embarazo no deseado, una vez que sucede tenemos que hacernos cargo como sociedad que si esa persona no quiere maternar no lo lleve a término.

¿A lo largo de tu vida, hubo alguna situación, algún momento que te hizo pensar de la forma que pensas ahora?, ¿te ayudó a que pudieras construir este pensamiento?

Soy promotora de salud, así que miles. De embarazos no deseados y crianzas no deseadas, muchos actos de violencia, miles, las mujeres estamos expuestas a miles de violencia y desigualdades que exponen físicamente, y tenemos que poner el cuerpo para todo. Ojalá que

algún día esta inequidad de género se resuelva y poder siempre elegir cuándo o no tener un embarazo, o formar una familia. El concepto de familia lo más amplio posible. Familia, mamá con un hijo, mamá con amigas, mamá con un padre, con dos padres, lo que sea, la verdad es que el embarazo será o no deseado, como dicen, el deseo tiene que ser parte de ese embarazo.

### **Yendo para el año 2018, ¿cómo lo viviste, estuviste militando, en qué espacios?**

Llena de purpurina. Pintada de verde, toda de verde. La realidad es que sí, nosotros desde el centro de salud con muchísimas acciones, haciendo pintadas en el barrio, articulando fuerte con grupos de la sociedad civil, grupos de militancia, organizaciones barriales. Yendo a las marchas, firmando documentos, como red de profesionales en las carpas acampando en el congreso, fuertemente activando.

Nosotros pusimos carteles en todos los consultorios, vos entrabas al CAPS y en todos los consultorios tenías un cartel pegados en todos los escritorios y adentro en la pared, que decía “vos tenes derecho a decidir” con un corazón verde. Fuerte digamos.

### **¿Cómo se vivió dentro del CAPS todo este movimiento?**

Felices, con muchísima felicidad, pero es lo que te decía antes, no me cambio en mi forma de trabajar, casi a ninguno de nosotros nos cambió nuestra forma de trabajar, porque desde acá se activa fuertemente la temática, entonces el acompañamiento siguió estando, se acompañó con la misma manera y la misma responsabilidad, lo único que cambió fue el marco legal nos cambió, pero veníamos acompañando interrupciones de embarazo no deseado desde hace muchísimo tiempo en el centro de salud, así que en ese aspecto no cambio.

Cambio, si, en administración, quizás no nos cambió a nosotras dentro del consultorio, pero en el centro de salud cambia. Cambia cuando uno se presenta en la puerta del centro de salud a solicitarlo. Como se paran las pibas a pedirlo. Como se anota en la administración, la entrada para esta interrupción. No es lo mismo obviamente que ellas piensen que es legal a que no sea. Sacarlo de la clandestinidad tiene un montón de impacto en el centro de salud, y para las pibas también, para ellas pienso que cambió un montón.

Por ejemplo, vienen se sientan y solicitan una interrupción voluntaria del embarazo, te lo dicen así. Como muy formalmente: “Hola sí, vengo a pedir una interrupción del embarazo”. Antes era, “bueno no sé yo, ehh estoy embarazada, así como una cosa toda nerviosa” ahora es “Hola sí, quiero una interrupción voluntaria del embarazo” es maravilloso.

¿Entonces este cambio atravesó a todas las personas que trabajan en administración, seguridad?

A todos, desde farmacia hasta enfermería, todos, porque no es lo mismo, hacer una interrupción por causales, que sea una práctica legal y todos sepan que es una práctica legal, desde cómo se para la piba a como la reciben todos dentro del CAPS.

**¿Te pasó que, más allá del espacio del trabajo, se han generado debates en otros espacios de tu vida que no habían pasado?**

Como en todos, como persona, grupos de amigos, grupo de familia, por supuesto. Pero bueno de vuelta como yo militaba género, esas discusiones las llevaba a todos lados, hay que bancársela, hay que llevarla, hay que incomodar gente, hay que llevar a la reflexión. Si ocurre en otros espacios, en algunos con más comodidad y algunos con más incomodidad, pero hay que bancarla la discusión, de eso se trataba, incluso de eso se trató todo el 2018 de bancar la discusión en la calle.

**¿Sentís que este año generó cambios en las miradas y posiciones de las personas que están a alrededor tuyo?**

Un montón, si, sí, sí, porque empezaron a ser mucho más públicos muchos relatos personales, y la discusión dejó de ser rígida académica sobre un montón de cosas y empezó a ser relatos de personas que se hicieron públicas, porque eso se puso en escena para mí, se puso en escena el relato personalísimo de las pibas que abortan pidiendo, y para mí eso le dio otro tinte. Fue animarse. Escuchar un montón de personas acá mismo en contra del aborto que habían abortado, o que estaban en contra, pero llevaron a la hija a abortar, entonces bueno discusiones riquísimas. Muy muy ricas, sobre qué difícil es afrontar el juicio personal, el de los otros, lo que está bien y lo que está mal, así moralmente, esto de permitir decir en voz alta, animarse a decirlo en voz alta, eso me parece que ayudó a un montón a decir, ah bueno yo también, ah si mi hija, ah si mi vieja, eso un montón sale. Como un montón de gente muy grande que ahora tienen 80 y decís ah viste tu mama también abortaba.

Algo que te parecía como muy terrible, no socialmente, no, eso es malísimo. Y decís a no esto pasa hace un montón, familiarmente, intrafamiliar pasa un montón, pero no se dice porque quedaba re mal decirlo. Han cambiado un montón de cosas, en el consultorio, en el barrio, en la familia, me parece que se dice mucho más eso.

Gente grande admitiendo estas prácticas, a mí me parece maravilloso sincerar.

Si tuvieras que pensar que falta, ya logramos la ley, ¿qué cosas faltan?

ESI, ESI. MIL. seguimos sin poder abordar bien la educación sexual integral, si no podemos como agente, ósea nuestra función tiene que ser desde los diferentes rincones del Estado, minimizar a la mínima mínima expresión los embarazos no deseados. Y para eso no tenemos

que tener faltantes de métodos anticonceptivos, tiene que ser fácil de usar, para eso tiene que acceder, para eso los circuitos para obtener los métodos anticonceptivos tiene que ser fáciles, para eso las obras sociales lo tienen que dar sin tantas vueltas, sin tener que ir una vez por mes, el método que vos elijas, el que sea el mejor para vos en ese momento, que lo puedas cambiar libremente, y que lo sepas como usar y que no hayas problemas. Bueno, idealmente tenemos que dar de baja al patriarcado. Tendríamos que poder negociar libremente preservativos sin condicionamientos dentro de la pareja heteros y de las homosexuales, no se usa preservativo. Increíblemente difícil.

La realidad es que tenemos que dar de baja al patriarcado, y el sistema tiene que ser un sistema amigable con un libre acceso y una libre circulación de métodos anticonceptivos. La mayoría de los pibes y las pibas, empiezan a tener relaciones sexuales sin querer, sin querer hacerlo, no haciendo las cosas que le producen deseo y placer, hay un montón de falencias dentro de toda la vida sexual que no está abordada por el Estado, y el Estado no ocupa ese espacio. Después venir a opinar sobre si tiene un embarazo no deseado, que va hacer con ese embarazo, cuando no hiciste nada para que la pueda evitar.

Es parte de la careta que hay que sacar, queda un montón por hacer tenemos que minimizar todo lo que se pueda los embarazos no deseados, y que queden en todo caso los embarazos no deseados, producto de la falla del método anticonceptivo, que las hay, hay mucha falla de método, por cada gastroenteritis en una chica que toma pastillas anticonceptivas puede haber un embarazo no deseado. La mayoría no lo sabe.

Una gastroenteritis puede hacer que no se absorba, dos días de vómitos, hace que la pastilla que tomas pierda efecto, no quedaste embarazada en ese mes, fue de casualidad, tuviste suerte, pero la verdad es que, si justo tuviste relaciones en esos días, y se había desinhibido el ciclo, quedaste embarazada. Y estabas tomando pastillas todos los días. Nunca me olvide una toma, mira el mes pasado tuviste una gastroenterocolitis, y tuviste un embarazo no deseado. O las causas mínimas que se te corra el DIU, todo el resto tiene que estar subsanado, vos tenes que ir al lugar más cercano a tu domicilio, y tener el método anticonceptivo que elijas, saber usarlo bien, tener toda la información, que sea accesible, que sea fácil de usar, todo eso falta un monto.

