



ABORTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES: CONTINUIDADES Y RUPTURAS DE LA LEY 27.610 DE IVE.
2020-2021

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Programa Regional en Género y Políticas Públicas Argentina
Tesis para optar al grado académico de Magíster en Género, Sociedad y Políticas

Autora: Gisela Stablun

Directora: Karina Felitti

ARGENTINA

2023

Índice	
Resumen	3
Agradecimientos	4
Lista de siglas	5
Introducción	6
Un deseo, un derecho	6
Consideraciones metodológicas y delimitación del campo de indagación	11
Organización de la tesis	18
Capítulo 1 Aborto como tema de salud pública y como derecho	20
1.1 Políticas públicas, género e interseccionalidad	20
1.2 Derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos como Derechos Humanos	22
1.3 El aborto inseguro como problema de salud pública	24
Capítulo 2. Concepción de salud y organización del sistema de salud	28
2.1 Salud y primer nivel de atención	28
2.2 Características y organización del Sistema de salud	30
Capítulo 3. El acceso al aborto antes de la Ley 27.610	35
3.1 Antecedentes en la Provincia de Buenos Aires	35
3.2 Estrategias, organización y redes para un aborto seguro	39
3.3 La Marea verde y el aborto legal para decidir	43
Capítulo 4 Acompañar los deseos	45
4.1 Procedimientos de aborto y análisis de los datos de PBA	45
4.2 Conformación y características de los equipos de acompañamiento de abortos	49
4.3 Valoraciones y percepciones posteriores a la sanción de la ley de IVE	56
Conclusiones y reflexiones finales	62
Referencias bibliográficas	66
Anexos	74
Entrevistas realizadas	74
Guía de entrevista	75
Consentimiento informado para participantes	76

Resumen

La sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a fines del 2020, fue un hecho histórico que favoreció la legitimidad del aborto y brinda garantías a las personas que desean interrumpir un embarazo y los/as profesionales que realizan esta práctica. El objetivo de esta investigación es comprender las continuidades y rupturas que produjo la sanción de esta ley en las prácticas que realizan los equipos de salud del primer nivel de atención de la Provincia de Buenos Aires.

Se trata de una investigación de tipo cualitativo de diseño flexible, basada principalmente en entrevistas a profesionales de la salud de cuatro equipos del primer nivel de atención, que indagaron sobre sus recorridos educativos y profesionales; sus perspectivas y experiencias en relación al aborto; y las valoraciones y las percepciones posteriores a la sanción de la ley. Asimismo, se analizaron fuentes secundarias para dar un contexto a sus respuestas, como estadísticas, documentos oficiales e informes sobre el tema. La investigación se llevó a cabo entre mayo de 2022 y abril de 2023, con profesionales de equipos de salud de los municipios de San Martín, Moreno, Almirante Brown y Mar del Plata, de la Provincia de Buenos Aires.

Palabras claves: Aborto - Primer nivel de atención - Provincia de Bs. As.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a todas mis amigas y compañeras feministas, por la lucha incansable y por el ejercicio cotidiano de la sororidad.

A mi directora de tesis, Karina, por adaptarse a mis tiempos y por sus comentarios acertados.

A la familia por el tiempo que no compartimos.

A mi compañero de vida, el Negro, por acompañarme y siempre estar alentándome.

A las compañeras de la Campaña nacional por el aborto, legal, seguro y gratuito del Conurbano Sur y a las compañeras de la red de profesionales por el derecho a decidir, por los aprendizajes y principalmente, por acompañar en momentos adversos.

Al espacio de acompañamientos de abortos de la Colectiva Mala Junta, por hacer de la ternura una práctica.

A las integrantes de los equipos entrevistadas, por su tiempo y todas las personas que llevan adelante espacios de acompañamientos de aborto, en el sistema público de atención, por el compromiso en garantizar el derecho a la salud.

A Meli que en los viajes compartidos en combi, me ayudó a ordenar algunas ideas.

A Valeria Branca por el aliento y el apoyo en estos últimos meses.

¡Muchas Gracias!

“El feminismo popular es una fiesta de cuerpos diversos que no se conforman con lo que reciben y que se declaran en guerra contra lo establecido. Estos nuestros cuerpos quieren habilitarse y no piden permiso, irrumpen, hacen carne las vivencias y transforman el mundo a paso firme y duradero”

Noelia Figueroa

Lista de siglas

AMBA Área Metropolitana de Buenos Aires

AMEU Aspiración Manual Endouterina

APS Atención Primaria de la Salud

ANP Aborto No Punible

CABA Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CAPS Centro de Atención Primaria de la Salud

CDH Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas

CPA Código Penal Argentino

CSJN Corte Suprema de Justicia de la Nación

DSSyR Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

ILE Interrupción Legal del Embarazo

IVE Interrupción Voluntaria del Embarazo

OMS Organización Mundial de la Salud

PBA Provincia de Buenos Aires

PNA Primer Nivel de Atención

UPA Unidad de Pronto Atención.

Introducción

Un deseo, un derecho

La sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) el 30 de diciembre del 2020, fue un hecho histórico, que favoreció la legitimidad del aborto y dio un marco de derechos y garantías a quienes demandan el acceso a esta práctica como a quienes la realización. El 14 de enero del 2021 el Poder Ejecutivo de la Nación publicó el decreto reglamentario (Decreto 516/2021) y se conoció el «Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo» (Resolución 1535/2021). Esta ley reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal de 1921 por un sistema mixto de plazos y causales, por el cual las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo hasta la semana catorce inclusive (IVE), y por fuera de ese plazo, a la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando éste fuere resultado de una violación o estuviere en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

En línea con su artículo 4, la Ley 27.610 modificó el artículo 86 del Código Penal (CP), estableciendo que no es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional. Asimismo, estableció que no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante: si el embarazo fuese producto de una violación o si estuviese en riesgo la vida o la salud de la persona gestante (art. 16). Las disposiciones de esta ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino. Por lo tanto, todas las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires están obligadas a garantizar el acceso a la interrupción del embarazo y la atención post aborto en sus respectivas jurisdicciones (art. 21). Finalmente, todo el personal de salud, independientemente al subsector que desempeñe su práctica profesional, es responsable de garantizar el procedimiento en tiempo y forma, como así, de no obstruir la práctica.

La ley amplía la capacidad de acción del Estado y de todos los subsectores de salud (público, privado y de la seguridad social) para garantizar la seguridad y oportunidad de la interrupción del embarazo. Así, las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, según el artículo 2 de la mencionada ley, tienen derecho a: decidir la

interrupción del embarazo; requerir y acceder a la atención de dicha práctica en los servicios del sistema de salud; requerir y recibir atención post aborto independientemente de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados en la ley.

La ley marca un hito en la ampliación de derechos de las personas con capacidad de gestar y propone un modelo de atención que reconoce la autonomía de las personas para decidir, restituyendo así la soberanía sobre el propio cuerpo. En este sentido, los acompañamientos de abortos son prácticas que problematizan y cuestionan al modelo médico de atención en salud, que se caracteriza por ser paternalista, binario, heteronormativo, cis sexista y patriarcal. Así, el acceso legal al aborto resulta un evento disruptivo respecto al modelo hegemónico de atención y los mandatos/estereotipos sexo genéricos impuestos en la sociedad. Esto resulta evidente cuando se visibiliza que no solo las mujeres cis son sujetos de derecho del aborto. A su vez, el hecho de tener derecho al aborto voluntario cuestiona el determinismo biomédico, donde la salud se reduce a cuestiones biológicas y fisiológicas y no a una definición integral que reconoce el deseo de las personas y su soberanía corporal.

Una vasta bibliografía analiza las diversas estrategias que se desarrollaron desde la segunda mitad del siglo XX para impulsar la legalización del aborto.¹ El principal protagonista de estas acciones fue el “movimiento de mujeres, conjuntamente con académicos y periodistas, generalmente mujeres” (Pecheny y Petracci, 2006, p.112). Ellas, en el marco de los Encuentros de Mujeres -que se han realizado desde 1986- fueron generando diferentes consensos e instalaron el debate público sobre el aborto. Desde 2005, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, reunió un diverso y heterogéneo espectro de organizaciones feministas, políticas, sindicales y de activistas independientes que tuvieron como principal objetivo la despenalización y la legalización del aborto (Bellucci, 2014). A través de diversas estrategias, logró visibilizar la ilegalidad del aborto como un problema de salud pública, de justicia social y de derechos humanos.

Desde el punto de vista de la salud pública, argumentó que el problema no es la práctica del aborto en sí mismo, sino de las condiciones en las que se llevan a cabo; la interrupción del embarazo es un procedimiento seguro si es practicado con la tecnología

¹ Un exhaustivo listado se encuentra en los trabajos de Brown (2007), Bellucci (2014) y Felitti (2021).

y en las condiciones adecuadas (OMS, 2012). En ese sentido, mostraron que el aborto en condiciones de riesgo era una expresión de la inequidad en salud y de la inequidad de género, y que independientemente de las políticas vigentes, las interrupciones de embarazo seguirían existiendo. A su vez, el movimiento de mujeres y feminista generó vías de acceso al aborto por fuera de las instituciones de salud, por ejemplo las Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto y las Socorristas en Red, al brindar información y acompañamientos para realizarlo “en casa” usando misoprostol.

Antes de la ley de IVE, el aborto estaba regulado por el Código Penal de la Nación, redactado en 1921. En su artículo 85 penalizaba el aborto y en el artículo 86, incisos 1 y 2, establecía los siguientes permisos:

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1° - 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° - Si el embarazo proviene de una violación.

Si bien existían estos casos en los cuales el aborto no era punible, a nivel social y especialmente en el sistema de salud, predominaba una interpretación muy restrictiva de estas excepciones y por lo general, había muchas dificultades para acceder a esta práctica. En palabras de Ramon Michel (2011), el país tenía “una legislación que brinda opciones para el aborto legal; sin embargo, estas no se encuentran efectivamente habilitadas” (p.33).

En las últimas dos décadas, en el sistema de salud, fueron transformándose las prácticas de acompañamiento a personas con capacidad de gestar que demandaban interrumpir un embarazo. En un primer momento, los profesionales comprometidos personalmente y con una militancia feminista, realizaron acompañamientos de manera oculta. La creación de consejerías pre y post aborto, como estrategias de reducción de riesgos y daños, para poder disminuir la mortalidad materna les dio un marco institucional a sus acciones pero fue el fallo “F.A.L s/medida autosatisfactiva” de la Corte Suprema de Justicia (CSJN) en 2012, el hecho que marcó un primer hito en este recorrido hacia la IVE. En dicho fallo, la CSJN señaló que, conforme al artículo 19 de la Constitución Nacional, para la interrupción del embarazo no se deben exigir requisitos adicionales a

los establecidos en la ley. Específicamente, “el Tribunal considera ineludible destacar que, a pesar de que el Código Penal argentino regula desde hace noventa años diferentes supuestos específicos de despenalización del aborto (...) se sigue manteniendo una práctica [contraria a la ley], fomentada por los profesionales de la salud y convalidada por distintos operadores de los poderes judiciales nacionales como provinciales, que hace caso omiso de aquellos preceptos, exigiendo allí donde la ley nada reclama...” (CSJN, 2012: considerando 19). Este fallo terminó con las interpretaciones ambiguas y restrictivas que habilitaban el acceso al aborto no punible al afirmar que el aborto era legal cuando existía riesgo para la salud o la vida de la mujer y cuando el embarazo era producto de violación. También prohibió la judicialización de los casos de abortos no punibles (ANP), que los servicios de salud obstaculizaran su acceso e instó al gobierno nacional y a las provincias a crear protocolos para la atención de los mismos.

En 2015, el Ministerio de Salud de Nación (2015) publicó el Protocolo para la atención integral de las personas con derechos a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Este documento resultó una herramienta concreta que invitaba a garantizar este derecho, con una perspectiva basada en la ética del cuidado, el respeto de la autonomía y una concepción de salud integral. En este sentido, recuperando la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud (2014), sostenía que la salud no sólo es física, incorporando las dimensiones de lo mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Dado que la afectación, en cualquiera de sus dimensiones, ponía en riesgo la salud integral de la persona, ella tenía derecho a acceder a una interrupción legal del embarazo si lo solicitaba. Entonces, si un profesional de la salud constataba la afectación y podía certificar el causal del riesgo, el acceso a la práctica debía garantizarse.

Teniendo en cuenta el proceso público, político e institucional que se dio en el país y que culminó en la sanción de la Ley N° 27.610, esta tesis analiza los efectos de esta norma y de sus primeros años de implementación, en 4 equipos de salud que garantizan el acceso al aborto en el primer nivel de atención de la Provincia de Buenos Aires (municipios de San Martín, Moreno, Almirante Brown y Mar del Plata). Nos preguntamos, ¿qué características tienen los profesionales de la salud que están garantizando este derecho? ¿Cuáles fueron sus recorridos profesionales y personales en relación a los derechos sexuales y reproductivos? ¿Qué concepciones tenían sobre el aborto antes de la ley? ¿Qué factores han influido en ellas? ¿Qué efectos generó la ley de

IVE en lo institucional, en lo personal y profesional? ¿Qué características tienen los acompañamientos en el primer nivel? En este sentido, el problema de investigación apunta a comprender las continuidades y rupturas que produjo la Ley N° 27.610 en las dinámicas de trabajo y en las consideraciones subjetivas sobre la autonomía del cuerpo y el derecho a decidir.

El trabajo de campo se desarrolló, entre mayo de 2022 y abril de 2023, en el ámbito del subsector estatal, específicamente, en el primer nivel de atención de la salud de la Provincia de Buenos Aires.² Los municipios del Conurbano seleccionados fueron San Martín (de la zona norte del Conurbano), Moreno (de la zona oeste del Conurbano) y Almirante Brown (de la zona sur del Conurbano) y dentro del municipio de General Pueyrredón, se escogió a la ciudad de Mar del Plata. Las características de estos municipios y de los equipos de salud se especifican en la sección metodológica.

Por último, las motivaciones que me llevaron a realizar esta tesis son varias. Una tiene que ver con las inquietudes que han surgido en mi recorrido profesional como médica especialista en medicina general, trabajadora del primer nivel de atención y en este momento, realizando tareas de gestión en la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, y quizás principalmente, lo que me llevó a investigar este tema ha sido mi militancia feminista. Desde los inicios de mi práctica profesional estuve profundamente comprometida con los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las personas, participando activamente dentro y fuera del sistema de salud, en la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito.

A partir de los hallazgos de este estudio, propongo visibilizar la potencialidad del primer nivel de atención en relación a la calidad de los servicios brindados; y que se promueva la creación de directrices específicas para los equipos que realizan esta práctica. En esta misma línea, se espera que estos resultados puedan poner en diálogo alternativas de políticas sanitarias con perspectiva de género que favorezcan la asignación de recursos

² En Argentina, el sistema de salud está compuesto por tres subsistemas: por un lado el estatal, por otro las obras sociales y por último el privado. El subsector estatal presenta diferentes niveles de atención, éstos se diferencian en la complejidad de los problemas de salud que suele resolver y de las jurisdicciones de las que depende, ya sea nacional, provincial o municipal. En general, el primer nivel de atención depende en gran parte de los municipios.

al primer nivel de atención; y generar evidencia empírica fortalezca la implementación de la ley y amplíe el acceso oportuno al procedimiento.

Consideraciones metodológicas y delimitación del campo de indagación

La investigación realizada, en función de los objetivos propuestos, tiene un alcance exploratorio-descriptivo y se condujo con un diseño flexible (Mendizábal, 2006). Este tipo de diseños otorgan la posibilidad de advertir, en el proceso investigativo, situaciones novedosas o inesperadas que impliquen realizar ajustes en las principales decisiones metodológicas. Dado que la investigación se llevó a cabo con equipos de salud en un contexto signado por la pandemia por Covid-19, resultaba fundamental conducir el proceso investigativo con un diseño que pudiera ser ajustado en función de los avatares de esta situación.

En cuanto a la estrategia metodológica, se decidió por una cualitativa, con el objeto de comprender los procesos, analizar las significaciones y profundizar en los sentidos que operan en torno a la atención del aborto, desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Se trata de una investigación que apuntó a profundizar aspectos del conocimiento a partir de las narrativas y los relatos de los sujetos protagonistas. Como menciona Bloj (2010), implica:

la apelación a una tradición que sitúa a la reflexión teórica y al trabajo de campo en un estatus semejante; fortaleciendo el rol de actores sociales no sólo en la producción histórico-social sino en la construcción de conocimiento; recuperando las categorías de los sujetos, sus prácticas y representaciones (p.4).

La elección de la provincia de Buenos Aires responde a que es una de las jurisdicciones más extensas y también más poblada del país, con una superficie de 307.571 Km². De acuerdo a datos parciales del último Censo Nacional realizado en 2022, cuenta con una población de 17.569.053 habitantes (INDEC, 2023). La misma está compuesta por 135 municipios. En relación al sistema de salud, se encuentra organizada en 12 regiones sanitarias. Estas características, que sea la provincia con la mayor cantidad de habitantes, y el hecho de que la gestión del Ministerio de Salud de la provincia haya

tomado como tema central de su agenda la implementación de esta ley, justifican la decisión de trabajar en ese ámbito.

Los municipios del Conurbano seleccionados fueron San Martín (de la zona norte del Conurbano), Moreno (de la zona oeste del Conurbano) y Almirante Brown (de la zona sur del Conurbano). Estos tres municipios fueron escogidos por su cercanía a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y porque forman parte del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Del total de las personas que viven en la provincia, el 58,4 % vive en el AMBA (INDEC, 2023). Además, se escogió al municipio de General Pueyrredón, específicamente la ciudad de Mar del Plata, una ciudad situada a 500 km de la CABA. Para la selección de los mismos se consideró que dichos municipios tuviesen equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención y una trayectoria en garantizar interrupciones de embarazos, previa a la sanción de la Ley 27.610.

A continuación, se caracteriza brevemente cada uno de los municipios escogidos.

General San Martín

Pertenece a la Región Sanitaria V junto con los siguientes municipios: Exaltación de la Cruz, Zárate, Campana, Pilar, Escobar, Tigre, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Isidro, Vicente López, San Miguel e Isla Martín García. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en los últimos resultados provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 (CENSO 2022), el municipio cuenta con una población de 450.335 habitantes. Tiene 25 CAPS, de los cuales 15 tienen equipos de IVE/ILE. Dispone, a su vez, de dos hospitales provinciales y dos municipales, los cuales también cuentan con equipos de IVE/ILE.

Figura N° 1. Mapa de la Región Sanitaria V

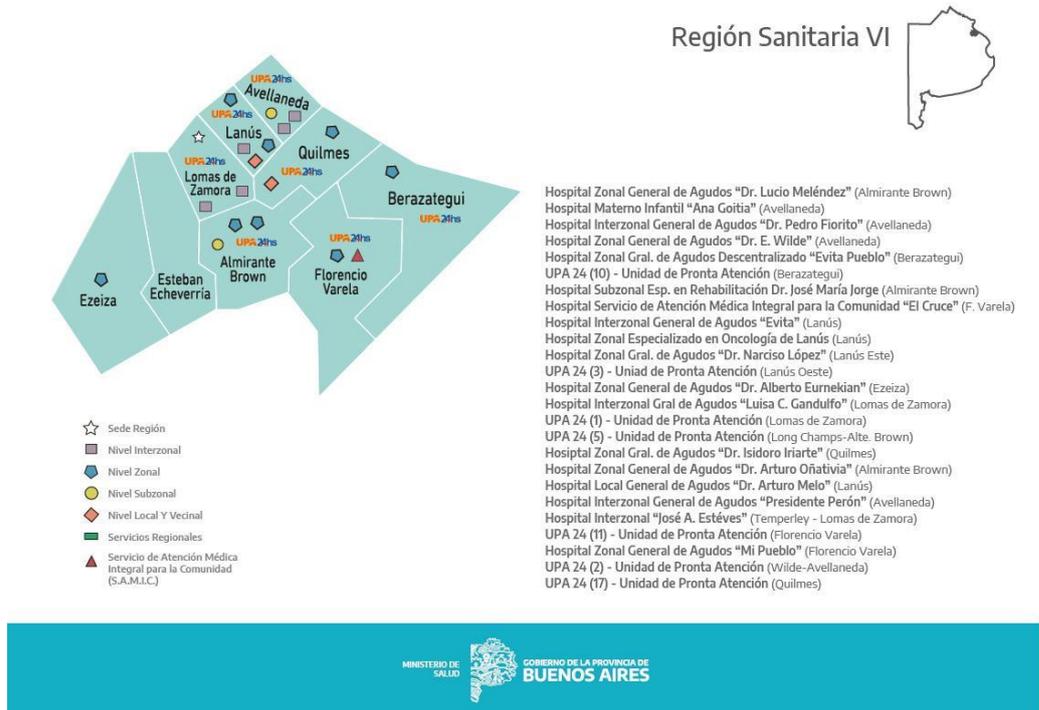


Nota: Mapa con los municipios de la región sanitaria V. Fuente: Ministerio de Salud. PBA.

Almirante Brown

Este municipio pertenece a la Región Sanitaria VI, junto con Avellaneda, Lanús, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes. Según el último Censo Nacional de Población y Vivienda del 2022, cuenta con una población de 585.852 habitantes. Tiene 39 CAPS, de los cuales 21 tienen equipos de IVE/ILE. A su vez también cuenta con dos hospitales provinciales que tienen equipos de IVE/ILE.

Figura N° 2. Mapa de la Región Sanitaria VI

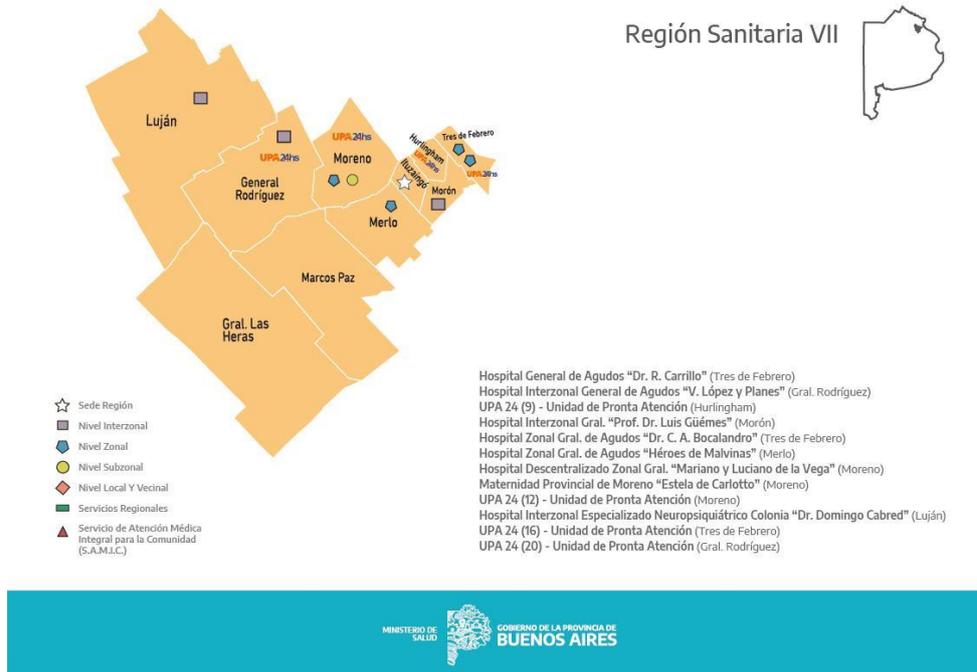


Nota: Mapa con los municipios de la región sanitaria VI. Fuente: Ministerio de Salud. PBA.

Moreno

Pertenece a la Región Sanitaria VII y forman parte también, los siguientes municipios: Hurlingham, Morón, Ituzaingó, Tres de Febrero, Merlo, General Las Heras, Gral. Rodríguez, Marcos Paz y Luján. Según el último Censo 2022, cuenta con una población de 574.374 habitantes. Tiene 45 CAPS, de los cuales 22 tienen equipos de IVE/ILE. Cuenta con dos hospitales provinciales, los cuales también disponen de equipos de IVE/ILE.

Figura N° 3. Mapa de la Región Sanitaria VII

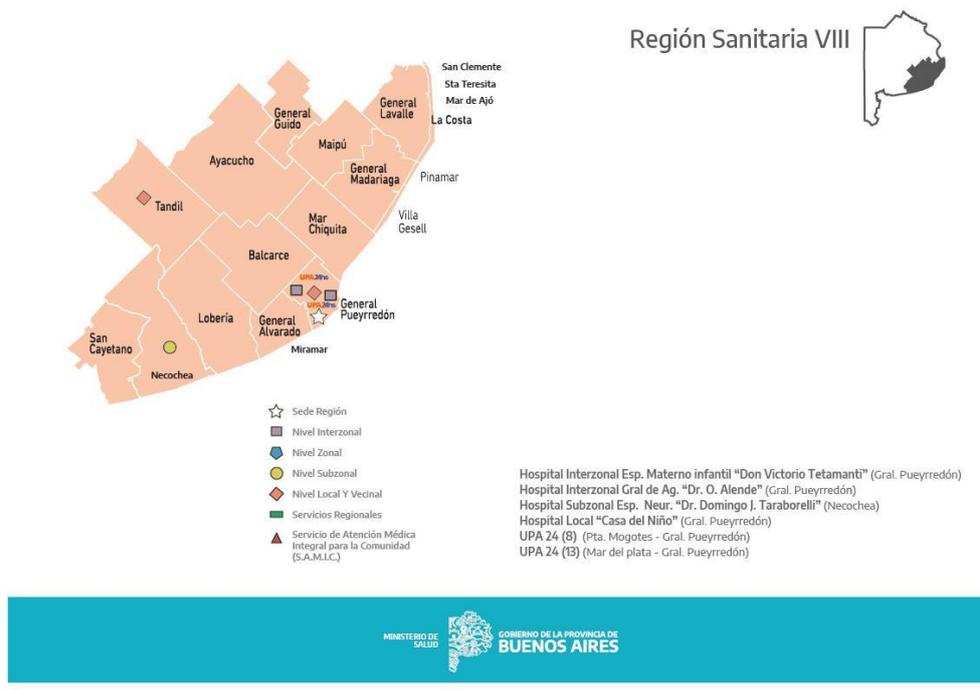


Nota: Mapa con los municipios de la región sanitaria VII. Fuente: Ministerio de Salud. PBA.

General Pueyrredón

La Región Sanitaria VIII, comprende los municipios de: General Lavalle, Maipú, Partido de La Costa, Pinamar, Villa Gesell, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar Chiquita, General Alvarado, Loberia, Necochea, San Cayetano. Según el último Censo Nacional de Población y Vivienda del 2022, cuenta con una población de 682.605 habitantes. Tiene 43 CAPS, de los cuales 23 tienen equipos de IVE/ILE. También el municipio cuenta con dos hospitales provinciales en los cuales se realizan IVE/ILE.

Figura N° 4. Mapa de la Región Sanitaria VIII



Nota: Mapa con los municipios de la región sanitaria VII. Fuente: Ministerio de Salud. PBA.

La selección de las personas a entrevistar se realizó mediante un muestreo intencional, es decir, las unidades de muestreo fueron escogidas a partir de la cercanía y conveniencia para participar de la investigación. Los criterios establecidos para la selección fueron: que se trataran de profesionales de diferentes disciplinas del primer nivel de atención de la provincia de Buenos Aires; que integren equipos de IVE/ILE en la actualidad y que tuviesen experiencia en acompañamientos de interrupciones legales de embarazos antes de la sanción de la Ley N.º 27.610.

La técnica escogida para recolectar información fue la entrevista semi estructurada. En coincidencia con Guber (2009), considero que la entrevista:

(...) es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores. Asimismo, la referencia a acciones, pasadas o presentes, de sí o de terceros, que no hayan sido atestiguadas por el investigador puede alcanzarse a través de la entrevista (p. 203).

En total, se realizaron nueve entrevistas individuales. Todas las personas entrevistadas firmaron un consentimiento que aclaraba que la confidencialidad se mantendría de acuerdo con lo estipulado por la ley 25.326 de Protección de Datos Personales. Según esta ley, las personas entrevistadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, solicitar rectificaciones de ser necesario y que en caso de retirarse del estudio, no se tratarán datos personales a futuro salvo los recolectados hasta ese momento. A su vez, manifestaron su acuerdo para que se tome registro de audio de las mismas.

El guión de la entrevista se estructuró a partir de los siguientes ejes:

- Perfil sociodemográfico y profesional: género autopercebido, profesión, trayectoria formativa formal (formación profesional), antigüedad en la profesión, cargo y tareas que desempeña en el centro de salud.
- Trayectoria educativa y formativa en relación a perspectiva de género, feminismo, derechos sexuales y reproductivos.
- Activismo y organización.
- Perspectivas y experiencias sobre el aborto (sensaciones, valoraciones, percepciones personales).
- Experiencias post ley: sensaciones, valoraciones, percepciones, propias y de la institución.
- Dispositivo de Consejería: actores que intervienen en el espacio de asesoramiento (perfiles de los profesionales que integran el equipo).
- Características de los acompañamientos de abortos en el Primer Nivel de Atención (PNA).

Del equipo del Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) de Almirante Brown se entrevistó a una médica generalista y una trabajadora social; del CAPS de Moreno, a dos médicas generalistas y a una licenciada en obstetricia; del CAPS de San Martín a una médica hebiatra (especialista en adolescencia) y a una médica tocoginecóloga; y en Mar del Plata, a una médica generalista y a una trabajadora social. De las nueve entrevistas, siete fueron realizadas de manera presencial y dos de manera virtual mediante la plataforma “GoogleMeet”. Los audios de las entrevistas fueron desgravados mediante la aplicación Pinpoint, una herramienta de Google que se utiliza para dicho fin. Dado que es una investigación cualitativa y flexible, se propone el análisis de la información a partir de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967) que permite trabajar inductivamente con los relatos de las entrevistas.

Entendiendo que, “El testimonio cualitativo de los actores es el dato central aunque, por supuesto, se cotejan (sin intención verificacionista) con datos de diversa índole” (Meccia, 2019, p. 45), se considera relevante complementar dicha técnica con el análisis estadístico de datos oficiales publicados sobre el tema y el análisis documental de leyes y documentos públicos.

Organización de la tesis

En el primer capítulo se desarrollan aquellos conceptos teóricos necesarios para analizar la información recabada en las entrevistas, poniendo énfasis en las nociones de políticas públicas, género e interseccionalidad. A su vez, se visibiliza los aportes de la articulación entre género y políticas públicas y el rol de los feminismos para ubicar en la agenda pública cuestiones que se identificaban históricamente en el ámbito privado y los procesos que llevaron a la construcción de los derechos reproductivos y los derechos de las mujeres como derechos humanos.

En el segundo capítulo se introduce el concepto de salud integral que, en el caso de la interrupción del embarazo, permite a profesionales de la salud reconocer el riesgo de afectación en la salud que significa para las mujeres y las personas con capacidad de gestar atravesar un embarazo no deseado. En este apartado, se describen brevemente las características y la organización del sistema de salud en la Argentina, y de la estrategia de Atención primaria de la salud, para comprender algunos principios que caracterizan el funcionamiento de los CAPS. En el tercer capítulo se describen algunos hitos sociales y políticos que aportaron al proceso que llevó finalmente a la sanción de la Ley 27.610 y se hace foco en la Provincia de Buenos Aires. En este recorrido se mencionan las principales estrategias de la Campaña.

El cuarto capítulo introduce los procedimientos que recomienda la OMS para la realización de abortos y analiza datos sobre la atención del aborto en 2020 y 2021, a partir de los informes de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En este capítulo, se analizan los relatos que se obtuvieron en las entrevistas a fin de describir las características de los equipos en sus recorridos educativos y profesionales; las perspectivas y experiencias en relación al aborto. También se describen los acompañamientos de abortos en el primer nivel de atención y se presentan las valoraciones y percepciones posteriores a la sanción de la Ley 27.610.

Por último, planteo algunas conclusiones y consideraciones finales sobre lo investigado. Finalmente, en la sección Anexos se encuentra información de las herramientas utilizadas en el proceso de investigación.

Capítulo 1. Aborto como tema de salud pública y como derecho

1.1 Políticas públicas, género e interseccionalidad

Para analizar la implementación de políticas públicas que garanticen los derechos sexuales y (no) reproductivos de las personas con capacidad de gestar, como el aborto, es necesario primero reflexionar sobre el concepto de políticas públicas. En este sentido, Guzmán (2018) nos invita a pensarlas como un proceso mediante el cual se elaboran e implementan programas de acción pública del Estado, cuyo significado y contenidos son dinámicos y pueden variar al calor de cambios políticos, culturales, económicos y sociales. En este proceso intervienen diferentes actores con diversos intereses y demandas que, más allá de las leyes que garantizan derechos, pueden generar condiciones para que efectivamente se garanticen o no.

A su vez, desde diferentes discursos se organiza la oposición a este derecho. Uno de ellos es el religioso, que históricamente ha tenido un grado de injerencia importante en las políticas públicas y sobre todo en las relacionadas a la sexualidad. Aparte de la ya conocida intervención de la Iglesia católica, en los últimos años, las iglesias evangélicas, con gran inserción territorial y de expansión en toda América latina, han mostrado su poder para oponerse a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y diversidades sexuales (Felitti, 2011). A su vez, la corporación médica y el modelo de atención hegemónico dentro del sistema de salud, juegan un rol central en impedir o no garantizar la toma de decisiones por parte de las personas. En muchos casos sostienen discursos a favor de la vida del no nacido y en contra del derecho de las mujeres a decidir sobre sus embarazos y su vida sexual en general. Las políticas públicas sanitarias afrontan un gran desafío para promover modelos de atención género-transformadores que incorporen la autonomía de las personas como un valor; recuperen su historia y saberes; y favorezcan la equidad de género (Tajer, 2002).

A lo largo de la historia el movimiento de mujeres y feministas han desafiado la norma, construyendo nuevos marcos teóricos de los cuales se valieron para irrumpir en el escenario público. Bajo el lema de “lo personal es político” politizaron lo privado como un espacio de disputa de poder, donde el orden patriarcal es el vigente y el “naturalmente” aceptado. Según Guzmán y Bonan (2006), estos aportes han visibilizado que las

identidades y los roles femeninos y masculinos son construidos social y culturalmente, como los mecanismos de distribución desigual de poder entre hombres y mujeres, las lógicas que separan lo público de lo privado, el trabajo productivo del reproductivo y los principios jerárquicos de la vida privada. Estos principios jerárquicos y de poder que organizan la vida privada y que se distribuyeron en todos los ámbitos de la vida pública responden a un orden de género. Para la historiadora Joan Scott (1996), el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias que distinguen los sexos y al mismo tiempo es una forma primaria de significar relaciones de poder. Este orden sostiene la concepción de que la mujer tiene como destino natural la reproducción de la vida y que la maternidad es inherente a su condición biológica, legitimando así el mandato de la maternidad.

La teoría feminista develó que la categoría mujer no es universal, ya que las mujeres “se hallan articuladas a comunidades específicas, a una estructura clasista, proceden de diversos grupos étnicos, con identidades políticas o religiosas particulares y distintas preferencias sexuales” (Rodríguez, 2000, p. 126). Esto implica que, en lo que respecta al acceso al aborto seguro, no todas las personas con capacidad de gestar son afectadas de la misma forma. Por ejemplo, las mujeres de los sectores populares, migrantes, de pueblos originarios, han sido quienes más sufrieron las consecuencias de los abortos inseguros, pagando muchas veces con su propia vida por verse imposibilitadas a acceder al sistema de salud. Las mujeres de sectores medios y altos, aunque tampoco tenían derecho a decidir sobre sus cuerpos, en general, tenían más acceso a información y a recursos para un aborto seguro y tener más posibilidades de evitar poner en riesgo su vida.

En esta misma línea, para pensar el acceso al aborto resulta clave el concepto de interseccionalidad. Este término fue introducido por la abogada afroestadounidense Kimberly Crenshaw (1991) para “señalar las distintas formas en las que la raza y el género interactúan, y cómo generan las múltiples dimensiones que conforman las experiencias de las mujeres negras” (p. 89). En el proceso de atención del sistema de salud, el cual también se encuentra atravesado por relaciones de poder asimétricas, interactúan diferentes estructuras, donde las dimensiones de clase, raza/etnia, género, sexualidad, capacidad o la edad no son independientes unas de otras, sino que profundizan las desigualdades. La interseccionalidad nos permite visibilizar las opresiones múltiples que pueden experimentar las personas, generando posiciones sociales asimétricas. Podemos

observar que además de la clase social, la edad también es otra categoría a considerar. Las niñas víctimas de violaciones, en su mayoría intrafamiliares, muchas veces no pueden solicitar ayuda hasta avanzado el embarazo por miedo a ser acusadas de mentir y/o ser reprendidas. Varones trans también presentan mayores dificultades para poder interrumpir un embarazo, para ser reconocidos como sujetos de derecho del aborto - incluso por los propios feminismos- ligado a los obstáculos que históricamente ha presentado la población trans-travesti para acceder a los servicios de salud en general y los de sexualidad y reproducción en particular (Radi, 2019).

Comprender la interacción de estas categorías permite pensar cuáles son las posibilidades de acción de las personas, las necesidades y los recursos necesarios para resolver las diferentes problemáticas desde una perspectiva equitativa, en este caso, la realización de las interrupciones de embarazos (Exposito Molina, 2011). En síntesis, la lucha y organización llevada adelante por los feminismos y sus aportes en el plano político y conceptual, posibilitó ubicar en la agenda pública cuestiones que se identificaban históricamente en el ámbito privado. Los feminismos generaron procesos de reconocimiento de nuevos derechos y cambios de concepciones relativas al género en la lógica del Estado; y ubicaron a la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos.

1.2 Derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos como derechos humanos

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Los Estados tienen la obligación de garantizar los derechos de todas y todos los habitantes del país respectivo. Sin embargo, sabemos que no todas las personas pueden ejercer sus derechos y que, en muchas oportunidades, son los propios Estados quienes los vulneran.

En el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fue necesario visibilizar la especificidad de los derechos de las mujeres, principalmente aquellos relacionados a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Su reivindicación “politiza relaciones sociales consideradas privadas o naturales, poniendo en cuestión los límites instituidos entre lo privado y lo público, y entre lo natural y lo social” (Pecheny y Petracci, 2006, p.5).

Dentro de este proceso un antecedente importante fue, en 1979, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, en su sigla en inglés), que representa un hito histórico en la protección de los derechos de las mujeres. Dicha convención, con rango constitucional en nuestro país desde 1994 (Pecheny y Petracci, 2006), promueve un modelo de igualdad de oportunidades y obliga a los Estados a respetar, proteger y garantizar los derechos de las mujeres. Se plantea por primera vez, que los Estados deberán adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la atención médica, explicitando el derecho a decidir con autonomía en materia reproductiva y el derecho a la información y educación para ejercer otros derechos.

En 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena, se incluyó a los derechos de las mujeres como derechos humanos, y se ratificó que cualquier forma de violencia contra las mujeres era una violación de éstos. Como explican Bareiro y Torres (2010), se presentaron dudas sobre si era necesaria la “fragmentación” de estos derechos, pero “la historia ha demostrado que fue necesaria la especificidad” (p. 9) para lograr que los derechos humanos sean reconocidos realmente como universales y la especificidad de género fuera incluida.

En este sentido, según Maffía (s.f.) “el modo particular en que la sexualidad y la reproducción nos afecta a las mujeres, se trata de un giro copernicano en la consideración del problema, ya que las mujeres dejamos de ser objeto de una política para pasar a ser sujeto de nuestros derechos”. Se empieza a instalar el paradigma de derechos desde una perspectiva de equidad entre varones y mujeres, desplazando al paradigma imperante que priorizaba la planificación familiar como forma de control demográfico (Felitti, et al, 2012).

El reconocimiento explícito de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos se alcanzó de manera definitiva en la 5º Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo (1994). En dicha conferencia se definieron, por primera vez, los derechos reproductivos, que reconocían el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no. Esto se basó en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello, incluyendo el

derecho a tomar estas decisiones sin discriminaciones, coacciones ni violencia. La 4^o Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing (1995) retoma las recomendaciones precedentes y, en relación al aborto, insta a los Estados a revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres.

Brown (2007) nos advierte que en la conquista de estos derechos se puso el acento en la reproducción y que las políticas públicas fueron destinadas a mujeres heterosexuales en edad reproductiva, quedando de lado la idea de derechos (no) reproductivos y sexuales y excluyendo, de esta manera, al aborto y las sexualidades no heteronormativas.

En la Argentina, los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y están garantizados por la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada a fines del 2002. La misma tiene entre sus objetivos: “Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia” (art. 2 a). La ley reconoce el disfrute de una sexualidad libremente elegida, sin violencias ni riesgos, el derecho de elegir tener o no hijos, en qué momento, con quién y cuántos. También establece el derecho de las personas a recibir información sobre reproducción y sexualidad, y a métodos anticonceptivos.

La reflexión en torno al cuerpo de las mujeres como territorio de lucha, en el cual se expresan las relaciones de poder y dominación que marcan la desigualdad entre los géneros, habilita el análisis en torno a pensar que “el cuerpo de la mujer es el lugar donde comienza su lucha política” (Harcourt y Escobar, 2002, p.3). Esta es una lucha vinculada a decidir sobre el propio cuerpo, a una sexualidad libre y placentera, a la elección o no de la maternidad. En esta línea, el aborto, como la posibilidad de elegir sobre el propio cuerpo ante un embarazo no deseado, es considerado como un problema de salud pública cuando es realizado en forma insegura. Así se corre del ámbito privado para ser abordado por efectores de salud, como un derecho ciudadano para todas las personas con capacidad de gestar.

1.3 El aborto inseguro como problema de salud pública

Históricamente las sociedades implementaron políticas regulatorias sobre la sexualidad y la reproducción. Desde tiempos inmemoriales, las personas con capacidad

gestante de todas las clases sociales han abortado en compañía de mujeres y de forma doméstica. La caza de brujas fue una de las maneras de eliminar el control que habían ejercido las mujeres sobre sus cuerpos y su reproducción. En este sentido, la persecución y el asesinato fueron las medidas disciplinadoras para eliminar esos conocimientos ancestrales. En esta línea, Federici (2010) relata como:

la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, siendo reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos “dadores de vida”. Con este cambio empezó también el predominio de una nueva práctica médica (p. 160).

La penalización del aborto y su ilegalidad contribuyeron a la consolidación del poder masculino en la medicina hegemónica y, sobre todo, a definir a la maternidad como obligación de las mujeres. Brown (2007) hace referencia a que la imposibilidad de debatir sobre el tema se vinculaba a que el aborto supone una ruptura, un quiebre, una fisura del “imperativo que pone en equivalencia los significantes madre, mujer y esposa” (p.185).

Según las Directrices sobre la atención para el aborto de la OMS (2022), el aborto es un procedimiento habitual en todo el mundo: 6 de cada 10 embarazos no planeados y 3 de cada 10 embarazos terminan en un aborto provocado. Esta misma organización define el aborto inseguro como un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS, 2012). Entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos, lo que equivale a entre 13.865 y 38.940 muertes causadas anualmente por la imposibilidad de practicar un aborto seguro.

Antes de que se pudieran tener números oficiales sobre la cantidad de abortos que se realizaban en el país, dada su clandestinidad, se estimaban entre 370.000 y 522.000 interrupciones de embarazos por año (Mario y Pantelides, 2009). Las estadísticas muestran que la muerte por embarazo terminado en aborto está entre las primeras causas de muerte materna. En el 2018, las muertes por embarazos terminados en abortos representaron el 13.6% del total de muertes maternas (Ministerio de Salud Nación, 2021).

Ese año murieron 35 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto; dos de ellas eran adolescentes de 15 a 19 años, 8 eran jóvenes de entre 20 y 24 años y otras 8 tenían entre 25 y 29 años (DEIS, 2019). Sobre esto Pecheny y Petracci (2006) han señalado que la situación de ilegalidad y clandestinidad de esta práctica condiciona fuertemente el proceso asistencial de las mujeres internadas en los hospitales públicos por complicaciones de aborto. “En ese marco, la calidad de la atención se resiente y las mujeres que atraviesan esta condición crítica son víctimas de la violencia institucional (denuncia policial y maltrato)” (p.115).

Como ya se indicó, la interrupción del embarazo es un procedimiento seguro si es practicado con la tecnología y en las condiciones adecuadas (OMS, 2012). En los países donde el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por estas prácticas es baja: de 0.2 a 2 muertes por cada 100.000 abortos. En esas regiones, inclusive, la mortalidad relacionada con el embarazo es significativamente más alta (9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) que la relacionada con abortos (Ipas, 2010; OMS, 2012).

El aborto en condiciones de riesgo no sólo es una expresión de la inequidad en salud existente, sino que también forma parte de la inequidad de género. Por eso resulta fundamental desarrollar políticas públicas sanitarias que garanticen el acceso al aborto seguro para prevenir las muertes, las secuelas y las complicaciones por abortos inseguros. En este sentido “la práctica y la teoría feminista pusieron en evidencia el carácter omnipresente del Estado tanto en la construcción y reproducción de las relaciones de género desiguales como en su transformación” (Guzmán & Montaña, 2012, p. 13).

Desde el punto de vista de la salud pública, el problema no es la práctica del aborto en sí mismo, sino de las condiciones en las que se llevan a cabo. Independientemente de las políticas vigentes, las interrupciones de embarazo seguirán existiendo: “la ilegalidad del aborto impone la clandestinidad a todas las mujeres que interrumpen un embarazo, pero no determina la decisión de interrumpirlo o de proseguirlo” (Petracci et al., 2012, p. 192). A su vez, en la clandestinidad algunas personas pueden acceder a formas seguras de abortar sin poner en riesgo sus vidas, pero desde la perspectiva de la salud mental, “abortar en circuitos clandestinos genera efectos psíquicos terribles, no por la práctica, sino por la clandestinidad” (Tajer, 2019, p.81). Como antes se señaló, una persona de

clase media y alta pudo tener en el pasado más recursos materiales y simbólicos para acceder a un aborto pero seguía estando en un circuito clandestino.

En este sentido, la Ley 27.610/2020 de IVE viene a dar el marco para garantizar el derecho de las personas a acceder al aborto de forma segura y de esta manera, garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Retomando a Brown (2007), la ley recupera el cuerpo de las personas con capacidad de gestar para sí mismas, “un cuerpo que bajo el mandato de la maternidad obligatoria era un cuerpo para otros, sometido al dominio patriarcal, constituye un paso fundamental y estratégico para la conquista de la autonomía, la autodeterminación, la libertad de las mujeres” (p. 171).

Capítulo 2. Concepción de salud y organización del sistema de salud

2.1 Salud y primer nivel de atención

Tomando como referencia lo expuesto por Floreal Ferrara (1985), la salud “se trata efectivamente de un proceso incesante, hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformar aquello que deba ser cambiado, cuya idea esencial reside en sus caracteres histórico y social” (p. 10). Esta perspectiva, superadora del reduccionismo biologicista, permitió reconocer a la salud como un proceso absolutamente dinámico que ubicaba a la participación, a la acción colectiva, en el centro mismo de la concepción de salud.

En el caso de la interrupción del embarazo, una perspectiva integral permite a los profesionales reconocer el riesgo de afectación en la salud que significa para las mujeres y las personas con capacidad de gestar el hecho de atravesar un embarazo no deseado. Tradicionalmente, las prácticas de los equipos de salud han estado atravesadas por el determinismo biomédico, donde la salud se reduce a cuestiones biológicas y fisiológicas. Este modelo hegemónico ha restringido el acceso a la interrupción del embarazo a aquellas situaciones en las que había una enfermedad física o un riesgo inminente de vida, desconsiderando las otras dimensiones de la salud integral. Y en algunos casos, ni siquiera en esos casos se ha garantizado el acceso al aborto, como mostramos en el inicio del capítulo tres.

La mirada reduccionista sobre la concepción de salud también desvincula la situación de las mujeres de la estructura social desigual y jerárquica que enmarca y da lugar a las maternidades no deseadas. La naturalización de la maternidad como destino de las mujeres, opera relegando la autonomía personal y circunstancias vitales de ocurrencia de una gesta, minimizando o negando los riesgos para la salud integral, cuando no es elegida. Ante el nuevo marco legal, la realización de los causales sólo es necesaria en situaciones de embarazos de más de 15 semanas. Aquí toma relevancia la concepción de salud integral, donde la valoración del riesgo que implica un embarazo no deseado no sólo puede considerarse desde el aspecto físico, sino que es necesario incorporar todas las dimensiones que se ponen en riesgo o que pueden afectar la salud.

En la Declaración de Alma ATA en 1978, donde se sentaron las bases de la estrategia de Atención Primaria Salud (APS) para alcanzar una ‘salud para todos/as’, no

sólo se menciona a la salud como un derecho, sino que también la concibe de manera integral e involucra la participación tanto del sector salud como de otros sectores sociales y económicos. El desarrollo de la estrategia y su implementación en las décadas siguientes, en Argentina y en el mundo, tuvo diferentes interpretaciones, experiencias y limitaciones. Sin embargo, como rescata Mario Rovere (2012), también han sucedido transformaciones en el sentido integral de la APS y sus sentidos han sido apropiados por los discursos predominantes en política pública y, especialmente, por los equipos del primer nivel de atención. Esta estrategia considera a la salud como derecho fundamental del ser humano y señala que el Estado es responsable de garantizarlo; e incorpora la organización y participación de la comunidad como componente central de la construcción social de la salud. Además, plantea la necesidad de recursos humanos apropiados para su desarrollo y prioriza al primer nivel de atención como lugar de contacto de las personas con el sistema de salud, llevándolo al lugar donde las personas viven y desarrollan su vida (Declaración Alma Ata, 1978)

En Argentina, la implementación de esta estrategia fue muy heterogénea. A nivel nacional en los últimos 20 años se desarrollaron algunas políticas sanitarias para fortalecer el primer nivel de atención. Sin embargo, estas fueron insuficientes como para desarrollar la estrategia de APS. Algunos gobiernos provinciales y municipales, en diferentes momentos históricos, intentaron desarrollar la estrategia pero, entre avances y retrocesos, no tuvieron mucho éxito.

En la provincia de Buenos Aires, el primer nivel de atención depende de los gobiernos municipales. En algunos de los municipios se logró un gran desarrollo en el primer nivel de atención y se adhirió a los principios que propone la estrategia de APS, pero en su gran mayoría, simplemente solo se logró un nivel de atención de baja complejidad, con escaso personal y muy precarizado. Cabe aclarar que si bien la estrategia de APS propone priorizar el primer nivel de atención, incluye todos los niveles del sistema de salud e involucra otros sectores sociales y económicos. En la actualidad, se podría decir que el primer nivel de atención se encuentra en general, desjerarquizado y no se ha podido desarrollar la estrategia de APS tal como fue concebida. Sin embargo, algunas experiencias de municipios de la provincia demuestran que su funcionamiento puede mejorar efectivamente el acceso de las personas al sistema de salud y específicamente al ejercicio del derecho al aborto.

2.2 Características y organización del sistema de salud

La Constitución Argentina, en su artículo 13, establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. La República Argentina es un Estado Federal; integrada por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estas 24 unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población. Como la salud es un derecho constitucional, se puede afirmar que no existen barreras legales que impidan el acceso de los argentinos a los servicios públicos de salud. Por eso es que se considera que éstos brindan una “cobertura universal”. La Constitución de la Provincia de Buenos Aires reconoce a la salud como un derecho social. En su artículo 36, establece que es competencia y obligación de la Provincia “la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales”.

Según datos del INDEC, en relación a la cobertura de salud, en el año 2010 dos tercios de la población (64%) estaban afiliados a algún sistema de protección de la salud (INDEC, 2010). De cada 10 personas, casi 6 están afiliados a una obra social, menos de 1 a empresas de medicina prepaga (de forma directa o vía obra social) y 3 no están afiliados a ningún sistema. El Ministerio de Salud de la Nación es la máxima autoridad en materia de salud; a nivel provincial y municipal existen los respectivos Ministerios y Secretarías de Salud. El Estado actúa a través de sus tres niveles: nacional, provincial y municipal. La financiación de estos servicios se realiza a través de los impuestos que se recaudan. La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera; y las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población.

Entre los distintos subsistemas se observa la falta de integración y dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación. En el caso del subsector estatal, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). En el caso de los subsectores de la seguridad social (obras sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación. La

fragmentación y la segmentación del sistema de salud producen desigualdad en la cobertura y acceso, y generan inequidades entre las distintas jurisdicciones. Estas se dan entre provincias y también en su interior. Asimismo, salvo en el sistema estatal, no se designan recursos para la prevención y la promoción de la salud. En general, se privilegia la especialidad o la atención hospitalaria por sobre la atención primaria de la salud.

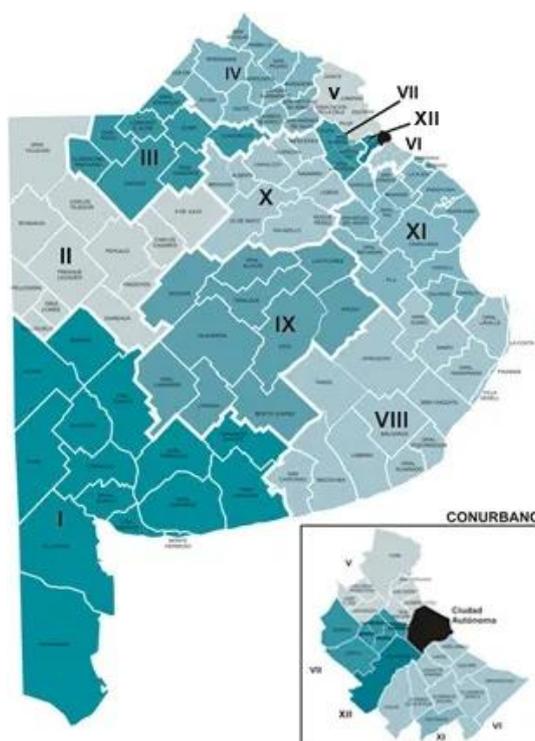
Esta organización es resultado de procesos históricos que se inician a principios del siglo XX. Luego de una primera etapa protagonizada por el mutualismo (como forma de solidaridad de la clase obrera) y la beneficencia (“caridad sanitaria” de los ricos para con los más pobres, pero utilizando también a su nombre importantes recursos del Estado), le sucede la expansión del Estado durante el primer peronismo, con Ramón Carrillo y la Fundación Eva Perón como protagonistas del aumento inédito de recursos públicos al servicio de la atención sanitaria (Veronelli, 2004). A partir de 1946, Carrillo promovió la transformación y la jerarquización de la entonces Secretaría de Salud Pública y creó el primer Ministerio de Salud de la Argentina.

A partir de 1955, con el golpe de Estado que termina con la segunda presidencia de Perón, el rol del Estado sufre un grave retroceso. Durante los gobiernos, civiles y de dictadura militar, que se sucedieron entre los años 1955 y 1983, se consolidó la descentralización de los efectores nacionales a las provincias y municipios, y el vínculo entre cúpulas sindicales y corporación médica (Belmartino, 2004). Con la recuperación de la democracia en 1983, el proceso neoliberal alienta corrientes de reforma que, en nuestro país, implican la expansión del sector privado, la culminación del proceso de descentralización (y desfinanciamiento) de los hospitales públicos y la preponderancia de la salud como mercado en un contexto de desregulación. En los años posteriores a la crisis de 2001, se observa una recuperación parcial del Estado Nacional como financiador dentro del gasto público en salud, que pasa del 15% al 20% del gasto total, entre 2002 y 2015. En esta transición se destacan los programas Remediar (de entrega gratuita de medicamentos esenciales al primer nivel de atención en todas las provincias) y Nacer - luego “SUMAR” y en el presente “PACES”- (de financiamiento de prestaciones destacadas, inicialmente en el área de salud maternoinfantil y actualmente en expansión).

En la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud provincial es el que establece los lineamientos generales de la política sanitaria priorizadas en el subsector estatal. Estos son desplegados territorialmente a través de las 12 regiones sanitarias en las que se encuentra organizada la provincia, como también por las otras instituciones con

dependencia provincial, entre las que se encuentran los hospitales provinciales del segundo y tercer nivel de atención, las Unidades de Pronta Atención (UPA) y los Centros Provinciales de Atención (CPA).

Figura 5. Mapa de la Provincia de Buenos Aires con las Regiones Sanitarias.



Nota: En el mapa se observa las doce Regiones Sanitarias en las que está organizada la provincia.

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

En la provincia, hay un total de 77 (setenta y siete) hospitales (se incluyen los hospitales interzonales, zonales, sub zonales, locales, especializados y los servicios de atención médica integral para la comunidad), 17 (diecisiete) Unidad de Pronta Atención (UPA) y 184 (ciento ochenta y cuatro) Centro Provincial de Atención (CPA) (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022). En lo que respecta al primer nivel de atención, existen 1.943 (mil novecientos cuarenta y tres) centros de atención primaria de salud que dependen íntegramente de las carteras sanitarias municipales, como así también las políticas sanitarias priorizadas.

La atención hospitalaria, en general, está centrada en grupos concretos de patologías o enfermedades, a diferencia de lo que se intenta garantizar en el primer nivel de atención que atiende una gran variedad de problemas de salud. Sin embargo, la atención en este último, suele ser desacreditada porque estos problemas son de menor complejidad biológica y porque los profesionales del primer nivel tienen especialidades básicas, en relación a las especialidades pos básicas hospitalarias. El financiamiento del primer nivel de atención depende de los estados municipales y en este sentido los

honorarios suelen ser menores que el de trabajadores de hospitales. En esta línea, las instalaciones edilicias, los insumos básicos y los recursos humanos son responsabilidad de los municipios. Sin embargo, algunos insumos como los medicamentos de diferentes programas son provistos por las provincias y la Nación. Un ejemplo de esto son los insumos de salud sexual y reproductiva, los preservativos, anticonceptivos hormonales – inyectables, orales, para la lactancia, de emergencia-, dispositivos intrauterinos (DIU) y misoprostol, generalmente provienen de recursos provinciales y nacionales. Que el financiamiento del primer nivel de atención, dependa en su mayor medida de los estados municipales, es un factor de inequidad, ya que aquellos distritos que tengan mayor recursos económicos, podrán destinar mayores recursos a su política sanitaria que otros municipios con menos recursos.

Capítulo 3. El acceso al aborto antes de la Ley 27.610

3.1 Antecedentes en la Provincia de Buenos Aires

En el 2011, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (CDH) declaró la responsabilidad internacional del Estado argentino frente a la negativa de las autoridades médicas y judiciales a autorizar un aborto legal (caso “L.M.R.”). Se trataba de una joven de 19 años con discapacidad que en 2006 resultó embarazada producto de una violación, y solicitó un aborto no punible en un hospital público de la ciudad de La Plata de la Provincia de Buenos Aires. En el caso intervino una jueza de Menores y prohibió la interrupción del embarazo. El pedido de la adolescente recorrió todas las instancias judiciales y llegó hasta la Suprema Corte Bonaerense, que avaló con un fallo su reclamo y aclaró que no era necesaria la autorización judicial, dado que se trataba de un aborto no punible (ANP). Treinta y siete días demoró ese tortuoso camino legal. Aún con la sentencia del máximo tribunal de la provincia, no logró conseguir que le realizaran el aborto en un hospital público. Con el apoyo de organizaciones de mujeres, finalmente accedió a la interrupción del embarazo en una clínica privada.

Por este caso, organizaciones de mujeres iniciaron una demanda contra el Estado Argentino ante el CDH. La Comisión concluyó que el Estado había vulnerado el derecho de la joven a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes, su derecho a la intimidad y su derecho a la tutela judicial efectiva conforme el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (CDH, 2011). A su vez, este caso fue tomado como antecedente por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en su fallo “F.A.L s/medida autosatisfactiva” de marzo del 2012, donde se establece que quienes se encuadren en las causales descritas en el Código Penal, tienen derecho a solicitar un ANP.³

A raíz de esta situación, en 2012, la provincia de Buenos Aires, mediante una Resolución del Ministerio de Salud, presentó el “Protocolo de Atención Integral de los Abortos no Punibles”, que actualizó el primer protocolo del 2007. En el documento se

³ Como ya explicamos, en ese fallo se aclara que no se necesita autorización judicial, ni denuncia ante ninguna autoridad, sólo el consentimiento informado. Si el embarazo es producto de una violación, basta con la declaración jurada firmada por la persona con capacidad de gestar que desea interrumpir el embarazo. Además, instó al Estado nacional y provinciales a realizar protocolos de atención en salud de calidad para garantizar el acceso a la salud de las mujeres en situación de ANP y que se eviten procedimientos que obstaculicen la atención de la mujer.

fundamentaba la necesidad de contar con pautas que garanticen el acceso al aborto en los supuestos contemplados como no punibles en los términos del artículo 86, incisos 1 y 2 del Código Penal, y del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que antes comentamos. Además, se establecía que las direcciones de los hospitales serían responsables de disponer los recursos para el cumplimiento del procedimiento sin dilaciones. También, contemplaba que en todos los hospitales que tuvieran servicios de ginecología y obstetricia deberían conformar equipos interdisciplinarios para el asesoramiento, la atención integral y seguimiento de cada caso que se presente. El equipo debería estar integrado por un/a Toco ginecólogo/a; Psicólogo/a; un Médico/a Psiquiatra y un/a Trabajador/a Social y Pediatra, en caso de corresponder.

Estas medidas, más que favorecer el acceso a los ANP, funcionaron como un obstáculo, ya que por la objeción de conciencia o por falta de algunas disciplinas en muchos hospitales no se conformaron equipos interdisciplinarios. La práctica, a su vez, quedó centralizada en los hospitales y no se promovía en los centros de salud del primer nivel de atención.

Ante las dificultades en el acceso a los ANP y el reclamo insistente del movimiento de mujeres y feministas, en el 2015 en la Provincia de Buenos Aires se sanciona la Ley N° 14.738 que crea las “Consejerías para la reducción de riesgos y daños en situaciones de embarazos no planificados”. La ley promovía que se conformen consejerías en los centros de atención primaria de la salud y hospitales de la provincia de Buenos Aires, con el objetivo de reducir la morbilidad de mujeres gestantes por abortos inseguros y prevenir la repitencia de embarazos no planificados.

Sólo en la Provincia de Buenos Aires se aprobó una ley que exigía a los servicios de salud a crear consejerías pre y post aborto. Esta ley modifica la ley de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley N° 13.066, sancionada en 2003. Si bien había materiales, como las guías del Ministerio de Salud de la Nación, que mencionaban a las consejerías, este era hasta ese momento, el único texto jurídico que definía las consejerías pre y post aborto:

“[...] se entiende por Consejería al dispositivo de salud encargado de brindar un espacio de escucha, contención y asesoramiento a la mujer en situación de embarazo no planificado, basado en información legal, públicamente accesible y científicamente respaldada, orientada a la prevención de riesgos y daños por la

práctica de abortos inseguros y al cuidado de la salud integral de la mujer” (Ley 14.738, de la Provincia de Buenos Aires, 2015).

Este marco jurídico fue habilitando la institucionalización de prácticas que se venían realizando en algunos hospitales y centros de salud con profesionales de la salud personalmente comprometidos con los derechos sexuales y no reproductivos.

A su vez, el Ministerio de Salud de la Nación en junio del 2015 publicó el Protocolo de atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (Protocolo ILE) que actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles que había elaborado en el 2010. Este protocolo retoma lineamientos actualizados de salud pública y derechos humanos reconocidos en el nuevo Código Civil, ampliando la interpretación de las causales y la concepción de salud de la OMS. Además, tiene el objetivo de promover en todo el país el acceso a las ILE como un servicio más de salud, y brindar atención de calidad a las personas con capacidad de gestar que deciden interrumpir un embarazo, que se encuadren en las causales establecidas en el Código Penal.

El protocolo sostiene que la salud no sólo es física, sino que también tiene implicaciones sociales, emocionales y culturales. La afectación en cualquiera de sus dimensiones pondría en riesgo la salud integral de la persona y por eso era posible solicitar una interrupción legal del embarazo. A pesar de ello, en muchos lugares, su aplicación práctica, era circunstancial, debido fundamentalmente a interpretaciones restrictivas de los conceptos de riesgo y de salud. Ante la infinidad de barreras, eran poco frecuentes las solicitudes para abortar en hospitales o centros de salud. Esto generaba que las personas opten por prácticas inseguras que, frecuentemente, ponían en riesgo su salud y su vida.

Con el cambio de gestión en el gobierno de la provincia de Buenos Aires, a fines del año 2019, comienza una nueva etapa en relación a las políticas públicas en derechos sexuales y no reproductivos. En ese marco, el Ministerio de Salud y el reciente Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, a través de la firma conjunta de una Resolución N° 1/2020, resolvieron aprobar, para su aplicación en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención de la Provincia de Buenos Aires, el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. Este fue aprobado por la Resolución N° 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación. De esta manera se comenzaba a demostrar la decisión de poner en agenda

y priorizar la atención de las personas con derecho a la ILE como un componente integral de la política sanitaria en la provincia. Otro hecho importante que materializó el compromiso de la gestión provincial fue la compra del Misoprostol 200 mcg. Este insumo fue necesario para garantizar la práctica de ILE, el cual se distribuyó de manera ininterrumpida a todos los establecimientos de salud de la provincia.⁴

En el contexto de la pandemia mundial por Covid-19, la OMS exhortó a los estados a realizar sus mayores esfuerzos y tomar las medidas necesarias para reorganizar el sistema sanitario de manera de no interrumpir la prestación de servicios esenciales de salud a toda la población. En ese contexto, y reconociendo la salud sexual y la salud reproductiva como servicios esenciales, el gobierno bonaerense difundió una serie de recomendaciones para los equipos de salud con el objetivo de seguir garantizando el acceso a la ILE y no interrumpir la entrega de métodos anticonceptivos durante la emergencia sanitaria, tomando los recaudos necesarios para evitar la propagación del virus.

En este sentido, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a interrumpir el embarazo y el acceso a métodos anticonceptivo elaborado por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires para el acceso a la ILE en el marco del COVID 19, apuntaban a garantizar la atención integral y el acceso al procedimiento mediante una única consulta y de manera ambulatoria siempre que sea posible; acotando al máximo los tiempos de espera y evitando la circulación de las usuarias en los efectores de salud. Esto obligó a una reorganización de los servicios a nivel territorial, de modo de garantizar la presencia de profesionales capacitados en todos los centros de atención primaria, asegurar la disponibilidad de la medicación y potenciar la articulación entre efectores para realizar los estudios complementarios (cuando estos no puedan realizarse en el efector de referencia) y/o resolver las derivaciones al segundo nivel de atención con la mayor celeridad posible.

Luego de la sanción de la Ley Nacional N° 27.610, el Ministerio de Salud de la PBA y el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, también de la PBA, en enero del 2021, firmaron de manera conjunta la aprobación de la “Guía de Implementación de la Interrupción del Embarazo en la Provincia de Buenos Aires en el

⁴ Sobre el uso del misoprostol para interrumpir embarazos, su historia y relación con los movimientos de mujeres y feministas, ver Mateo (2022).

marco de la Ley Nacional N° 27.610”. De esta forma, asumieron la responsabilidad de generar las condiciones para la implementación del nuevo régimen legal en relación a la interrupción del embarazo.

La guía fue dirigida a todo el personal de salud, como así también a funcionarias y funcionarios públicos de la Provincia de Buenos Aires, con el objetivo de orientar las prácticas del equipo de salud en la atención y cuidado de las personas en situación de IVE/ILE. Esto tuvo el objetivo de contribuir a la disminución de la morbimortalidad prevenible y promover el ejercicio pleno de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las personas.

3.2 Estrategias, organización y redes para un aborto seguro

Como ya dijimos en la Introducción, desde la recuperación de la democracia en 1983, en nuestro país el movimiento de mujeres y feministas desarrolló diferentes estrategias para lograr la legalización y despenalización del aborto. Entre estas experiencias, se puede mencionar la creación de la Comisión por el Derecho al Aborto, las discusiones y propuestas que se dieron en los Encuentros Nacionales de Mujeres, la Asamblea por el Derecho al Aborto, las movilizaciones del Ni una Menos y como síntesis de muchas de esas experiencias previas, la fundación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Un antecedente de construcción de redes de gran relevancia, en este caso latinoamericanas, fue el V Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe que se realizó en 1990 en la ciudad de San Bernardo, provincia de Buenos Aires. Allí se proclamó al día 28 de septiembre como el Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe (Bellucci, 2014). También el rol de Católicas por el Derecho a Decidir fue fundamental para todo este entramado de redes y generar incidencia en diferentes actores sociales. En este sentido, el movimiento social de mujeres feministas es un ejemplo de lo que Castells (2008) llama la sociedad en red, una sociedad civil global cuyas líneas de solidaridad y activismo atraviesan las fronteras nacionales.

La Campaña sintetiza diversas estrategias y años de lucha por garantizar el derecho a acceder a un aborto seguro. Desde el año 2005, nuclea un diverso y heterogéneo espectro de organizaciones feministas, políticas, sindicales y de activistas independientes que tuvieron como principal objetivo la despenalización y la legalización del aborto (Pecheny y Petracci, 2006; Bellucci, 2014). No se aceptaba sólo la despenalización sino

que se buscaba legalizarlo, para que fuera accesible en el sistema público de salud. Como ya también dijimos, a través de diversas estrategias, se logró visibilizar la ilegalidad del aborto como un problema de salud pública, de justicia social y de derechos humanos. Las personas que no podían acceder a un aborto en condiciones de higiene y salubridad se exponían a complicaciones y hasta la posibilidad de perder la vida, por lo tanto era un problema de salud pública. También lo evidenció como un problema de justicia social, debido a que las desigualdades sociales modifican las condiciones materiales en las que una persona con capacidad de gestar podía acceder a un aborto. A su vez, el hecho de no poder decidir sobre el propio cuerpo, se mostró como un problema de derechos humanos.

La Campaña logró una articulación de cientos de organizaciones y el apoyo explícito de organizaciones de derechos humanos, universidades públicas, profesionales de la salud, sindicatos, personalidades de la cultura, periodistas feministas, consiguiendo que el aborto se imponga en la agenda pública. La Campaña exigía el derecho al aborto, pero también en sus consignas y propuestas incorporaba que se garanticen el derecho a la educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos. En sus banderas y pañuelos el lema era “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”. Como se ha estudiado en diferentes trabajos, el pañuelo verde se transformó en emblemas del movimiento local y transnacional, dando nombre a la marea verde que se formó en el contexto de debate legislativo por el aborto legal en 2018 (Felitti y Ramírez Morales, 2020).

Además de los movimientos y organizaciones para visibilizar y poner en agenda la problemática, en un marco restrictivo, se fueron desarrollando algunas estrategias que buscaban disminuir el impacto del aborto inseguro. Una de ellas fueron las consejerías pre y pos aborto con una perspectiva de reducción de riesgos y daños, donde los equipos de salud brindaban información científica, validada y pública. En las consejerías de reducción de riesgo se aclaraba que el aborto en nuestro país era ilegal y se desaconsejaban todos los procedimientos de aborto inseguro. Luego se brindaba información sobre el uso seguro del misoprostol, pero en ningún momento se podía indicar un método de interrupción de embarazo. Siempre había que remarcar los obstáculos legales presentes en la legislación vigente. Toda esta estrategia estaba basada en una interpretación de la normativa en sentido conservador, como se mencionó anteriormente, con el principal objetivo de minimizar los riesgos jurídicos de los profesionales.

Esta es una estrategia socio-sanitaria que tiene como objetivo disminuir los efectos negativos de cualquier comportamiento de riesgo. La misma surgió a mediados de los años 80 en Europa, como una política sanitaria para el abordaje de los consumos problemáticos de drogas. En Uruguay fue donde primero se incorporó este modelo como respuesta a la problemática del aborto inseguro, cuando no el aborto no era legal en ese país, consiguiendo disminuir la tasa de mortalidad por aborto y abordando el embarazo no deseado en los servicios de salud dentro de un marco legal restrictivo.

Posteriormente, se fueron transformando también las estrategias de acompañamiento dentro del sistema de salud, donde se pasó de realizar consejerías pre y pos aborto a garantizar ILE. Estos espacios de acompañamiento se fueron organizando en forma muy difusa. En algunos lugares, se dieron articulaciones con organizaciones de mujeres y feministas, con mucha experiencia en la temática, como Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto y las Socorristas en red, quienes contribuyeron a enriquecer la práctica sanitaria al sumar discursos de autonomía, equidad de género y libertad sexual y reproductiva (Zurbriggen, et al, 2013). Estas articulaciones actuaron como redes informales para garantizar el derecho a decidir. En ellas circularon las líneas de teléfonos que brindaban información sobre aborto, la lista de equipos de salud que realizaban consejerías en reducción de riesgos y daños o abortos no punibles, como así las farmacias “amigables” que vendían misoprostol sin recetas y los bancos de misoprostol que se creaban con donaciones de personas a las cuales le sobraban comprimidos.

Como iniciativa de la Campaña, la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, surge en el marco de un encuentro de efectores de la salud que se llevó a cabo el 28 de septiembre de 2014, Día de Lucha por la Despenalización y Legalización del Aborto en América Latina y el Caribe. Como parte de esta red, allí nos encontramos diferentes efectores de todo el país que trabajamos con mujeres y personas con capacidad de gestar, en distintos momentos de su vida y de su salud sexual y reproductiva. De esta manera, buscamos visibilizar las prácticas que solíamos realizar en soledad y poner sobre la mesa que nosotras acompañamos las interrupciones legales de embarazos en nuestro país, buscando que los acompañamientos dejen de realizarse en la soledad de un consultorio para colectivizar y politizar la práctica del aborto.

Fernández Vazquez (2017) propone el concepto de *política difusa* para hacer referencia a la existencia de acciones dentro del sistema de salud que se producen de un modo no planificado, que surgen de la iniciativa de los/las profesionales de la salud,

encaminadas a reducir la morbilidad y mortalidad de las gestantes por causa de abortos inseguros. Sin embargo, estas acciones no son acciones aisladas de un servicio de salud, sino que se reproducen en muchos centros de salud y hospitales. Este concepto que nos propone, permite identificar las consejerías pre y post aborto como políticas públicas que son construidas desde abajo, por quienes las implementan. Esta red no solo funcionó como un espacio de articulación, ha sido también un lugar de formación, capacitación, construcción de evidencia y acompañamiento, tanto en lo técnico médico/clínico como en lo legal.

El 28 de mayo de 2015, el Día de acción por la salud de las mujeres y a diez años de la conformación de la Campaña, se realizó el lanzamiento público de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. En la carta pública de presentación quedó manifiesto que:

Somos profesionales de la salud de varias generaciones. Somos lxs que hacemos la atención directa, cara a cara, en cada territorio de nuestro país: en los centros de atención primaria de la salud, en los hospitales, en las giras médicas. Somos el eslabón más concreto de la política pública, estamos allí donde las leyes y los programas de salud se convierten en derechos para las personas, o en el otro extremo, se vulneran (Red de Profesionales, 2015).

Estas redes que prosperaron entre profesionales y feministas fueron institucionalizándose en forma desigual y avanzaron en la descriminalización de la práctica del aborto al participar del debate público. Estas colaboraron en mostrar las demandas y violencias de los grupos subordinados, entre ellos las mujeres. Nancy Fraser (1999) definió a los “contrapúblicos subalternos” como aquellos que crean discursos opuestos a lo establecido a su identidad y/o necesidades, y coloca entre sus ejemplos a mujeres feministas que incorporaron nuevos términos para describir la realidad social incluyendo “sexismo”, “la doble jornada”, “acoso sexual”, “la violación matrimonial”, como también incorporar la “interrupción legal del embarazo” en lugar de “aborto no punible” y “personas con capacidad de gestar” en lugar de “madres”. Como veremos a continuación, el debate legislativo del proyecto de la Campaña en 2018, extendió estas palabras y discusiones a nivel masivo.

3.3. La Marea verde y el aborto legal para decidir

En varias oportunidades la Campaña presentó en el Congreso de la Nación el proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), con la firma de diputadas y diputados de distintos bloques políticos. Sucesivamente fueron perdiendo estado parlamentario, sin ser tratados, hasta que en el 2018, en un particular contexto político, fue tratado por primera vez. Las feministas con el pañuelo verde irrumpieron en los programas de espectáculo y periodistas feministas se presentaron en programas televisivos con gran audiencia y se explayaron con argumentos a favor de la despenalización y legalización del aborto. El debate se popularizó y se empezó a hablar de aborto en todos lados. Un mes después, se realizaron masivas movilizaciones y “pañuelazos” en todo el país. En abril de 2018 se comenzó a tratar el proyecto de ley en plenarias de comisiones del Congreso de la Nación. El debate no se limitó a esas plenarias del congreso, por lo contrario, fue un debate abierto de cara a la sociedad, en las mesas familiares, en la televisión, en las radios, en las redes, en las universidades, en las escuelas, en los lugares de trabajo, en las plazas y en las calles; logrando que el aborto “salga del closet” (Elizalde y Mateo, 2018).

Los argumentos a favor de la legalización y la despenalización fueron contundentes, sólidos y basados en evidencia científica. Se sostuvo que el aborto era un problema de salud pública y se aportaron datos sobre el impacto del aborto inseguro en la salud de las personas. Quedó en evidencia que el aborto era una práctica que, a pesar de la penalidad, era realizada por miles de personas año a año. Las condiciones donde se llevaba a cabo el aborto era lo que hacía la diferencia: quienes podían pagar, lo hacían en lugares seguros; quienes no, quedaban libradas a su suerte exponiéndose a situaciones de riesgo.

Se escuchó el relato de quienes abortaron, de quienes acompañaron a otras a realizarse un aborto, de quienes perdieron a alguien por un aborto inseguro y de profesionales que acompañaban esta práctica. Personalidades de la ciencia y de la cultura apoyaron el proyecto de ley y se generó un movimiento intergeneracional -que los medios comenzaron a llamar ‘la revolución de las hijas’- que puso en discusión el carácter individual, secreto e inconfesable del aborto. En este clima de deliberación, muchas personas por primera vez supieron que el aborto era no punible en algunas situaciones y que existía el derecho a interrumpir un embarazo si presentaba un causal. Esto generó un aumento en la solicitud de abortos en las instituciones de salud, impulsando también un

incremento en la cantidad de equipos que llevaban adelante interrupciones legales de embarazos.

En síntesis, el debate público logró la despenalización social del aborto y la visibilidad del feminismo y sus demandas que sintetizó la consigna “Ahora que estamos juntas, ahora que sí nos ven” (Gutiérrez, 2018). Ya no se trataba de demandar el aborto legal para no morir; se exigía el legal para decidir. El proyecto de ley obtuvo en la Cámara de Diputados media sanción y luego fue rechazado en la Cámara de Senadores, por poca diferencia de votos. En 2018 “no fue ley”, como expresaron en carteles militantes de grupos anti derechos, pero la marea verde, que colmó las calles con más de 2 millones de personas en todo el país, sentó las bases para que pronto lo fuera.

Capítulo 4. Acompañar los deseos

4.1 Procedimientos de aborto y análisis de los datos de PBA

Existen diferentes formas terapéuticas para realizar un aborto. Estas dependen de la edad gestacional del embarazo, la condición clínica, las posibilidades del equipo de salud y, en algunas situaciones, cuando es posible, la preferencia de la personas. Entre las posibilidades del equipo, está la capacidad técnica del personal y del acceso a los diferentes insumos. Los procedimientos para la evacuación uterina se pueden realizar con medicamentos o con instrumental.

El uso de medicamentos ha demostrado ser seguro, efectivo y aceptable en muchos entornos, aún en países de escasos recursos (OMS, 2022). El aborto con misoprostol es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de entre el 72 % y el 91% a las 24hs. Las tasas de complicaciones graves son de menos del 1% (Ipas, 2021). Por este motivo, como ya dijimos, en 2005 la OMS incluyó en su lista de medicación esencial al misoprostol y a la mifepristona, pero hay registro del uso del misoprostol por parte de mujeres en Brasil, desde la década de 1980 (Mateo, 2022; Bellucci, 2014). La medicación de elección recomendada por la OMS es la mifepristona combinada con misoprostol, dado que aumenta la efectividad del tratamiento y disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. Los procedimientos medicamentosos en Argentina se realizaban sólo con misoprostol, hasta que en junio del 2022, post aprobación de la ley, mediante la Nota Técnica N° 6 del Ministerio de Salud de la Nación, se autorizó el uso de la mifepristona. En la misma se describe que con el régimen combinado de mifepristona más misoprostol se logra el aborto completo en aproximadamente el 98 % de los casos.

Entre los procedimientos instrumentales, se puede mencionar la técnica de aspiración de vacío. Esta consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío, que se produce manualmente utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano (AMEU). La aspiración de vacío es un procedimiento sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor. Con este método se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

Estos procedimientos son de baja complejidad y, en general, no tienen complicaciones. Ambos pueden realizarse en el primer nivel de atención y en forma

ambulatoria. La prestación de servicios con un mínimo de supervisión médica puede mejorar considerablemente el acceso al aborto, así como la privacidad, la comodidad y la aceptabilidad, sin comprometer la seguridad ni la eficacia (OMS, 2022)

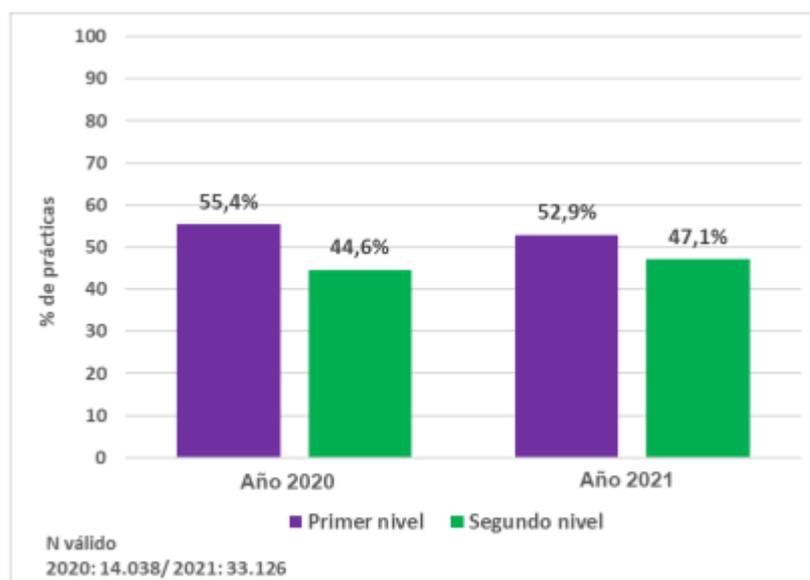
En el Informe de Gestión presentado en el año 2022 por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se pueden observar los avances alcanzados en relación a la implementación efectiva del derecho al aborto durante el período que va de enero de 2020 a diciembre del 2021, es decir, antes y después de la sanción de la Ley N° 27.610. Este registro fue realizado por primera vez de manera centralizada y oficial por parte del Ministerio, a través de una herramienta excel que fue distribuida a todos los equipos que realizaban ILE.

Durante el 2020 se registraron 14.330 ILE, de la cuales el 87% fueron resueltas durante el primer trimestre de gestación, es decir, hasta la semana 12 inclusive. Los datos del 2021 (posterior a la sanción de la ley) muestra un registro de 33.147 prácticas de interrupciones legales o voluntarias de embarazo y el 89% fue resuelto durante el primer trimestre de gestación. Este porcentaje supone un aumento de 2 puntos en la solicitud temprana de la interrupción. La Ley N° 27.610 de IVE entró en vigencia el 24 de enero del año 2021. A partir de esa fecha y hasta el hasta el 3 de diciembre del 2021, el 95% de las interrupciones se corresponden a abortos voluntarios (hasta la semana 14 inclusive). Esto representa 29.633 interrupciones decididas autónomamente por las personas gestantes, sin necesidad de certificación de causales, en toda la PBA.

Como se mencionó anteriormente, la edad gestacional es uno de los factores que incide en el tipo de tratamiento que resulta más adecuado para la resolución de la interrupción del embarazo y, por ende, en el tipo de efector que puede garantizar ese tratamiento. Estos porcentajes del 87 y 89% de interrupciones del primer trimestre de gestación (menos de 12 semanas inclusive), en su gran mayoría, se pueden resolver en el primer nivel de atención.

De las prácticas registradas en 2020, el 55% se realizó en el primer nivel de atención y en 2021 el 53%. Dentro del primer nivel se consideraron los C.A.P.S, C.I.C, U.S, C.P.A, y las U.P.A.

Gráfico N° 1. Porcentaje de prácticas de IVE-ILE registradas según nivel de atención. PBA. Año 2020 y 2021.

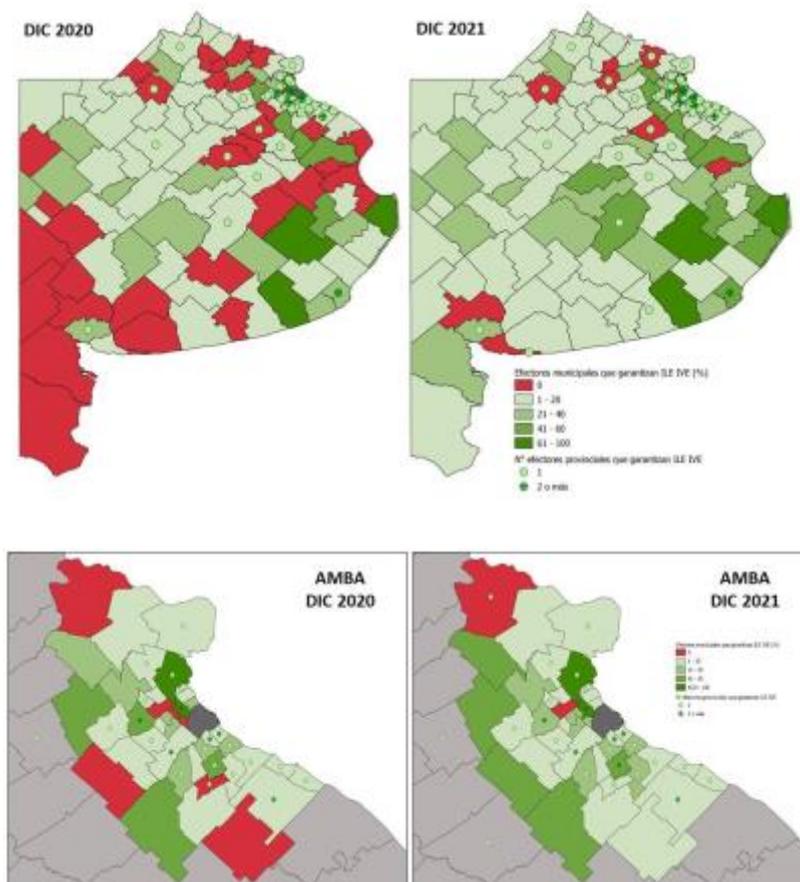


Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud. MSAL PBA. Año 2021.

En los informes de la DSSyR también podemos observar que en los procedimientos realizados en el 2020, el 88% de las prácticas de ILE registradas se resolvieron exclusivamente con un tratamiento medicamentoso con misoprostol, el 12% restante con AMEU u otro tratamiento instrumental o quirúrgico. Durante el 2021, el 92% de los abortos voluntarios y legales se resolvió con tratamientos de tipo farmacológico con uso de misoprostol, lo que representó un aumento de 4 puntos en relación al año anterior. El resto fue resuelto con AMEU u otro tratamiento instrumental o quirúrgico.

En relación a los equipos de salud que garantizaban ILE durante el 2020 y que luego de la Ley 27.610 comenzaron a garantizar IVE e ILE, en el subsector del estado aumentaron de 48 a 56 hospitales provinciales, de 74 a 96 hospitales municipales y de 282 a 338 centros de salud del primer nivel de atención (Primer Nivel Incluye C.A.P.S, U.S, C.I.C, C.P.A y U.P.A, con efectores de dependencia municipal y provincial). La provincia cuenta con un total de 1943 CAPS en todo su territorio, esto da cuenta que sólo el 17% (338) al año 2021 contaba con equipos que garantizan abortos.

Figura N° 6. Mapa. Municipios con efectores de salud municipales y provinciales que realizan IVE/ILE. PBA y AMBA. Comparación dic 2020 y dic 2021.



Fuente: Registro de efectores de salud que realizan IVE/ILE de la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud. MSAL PBA. Año 2021.

Del análisis de los datos de los informes previo y post ley podemos observar que hubo un incremento en la demanda de interrupciones de embarazo dentro del sistema de salud y un incremento en el número de equipos que resuelven abortos. La gran mayoría (87 y 89 %) corresponden a interrupciones del primer trimestre, esto implica que a su vez estos podrían resolverse en un primer nivel de atención.

Es importante remarcar que un porcentaje pequeño de equipos del primer nivel (17%) resolvió más de la mitad de las interrupciones de embarazo. Si sumamos esto a lo que menciona la OMS con respecto al uso del misoprostol en relación a su seguridad y con la incorporación de la mifepristona, el primer nivel de atención se muestra como un gran oportunidad para mejorar el acceso a las interrupciones de embarazo.

4.2 Conformación y características de los equipos de acompañamiento de abortos

Como ya dijimos, las personas entrevistadas son todas profesionales de la salud de diferentes disciplinas, entre las cuales se encuentran: cuatro médicas generalistas, una toco ginecóloga y una hebiatra, dos Licenciadas en Trabajo Social y una Licenciada en Obstetricia. Todas ellas se identificaron como mujeres cis en relación a su género, en consonancia con una característica actual del sistema de salud que, en general, se encuentra altamente feminizado. Todas las entrevistadas tenían experiencia en acompañamiento de abortos previamente a la sanción de la Ley 27.610 de IVE.

Al momento de las entrevistas, todas describieron que el abordaje de la atención es interdisciplinario, con equipos más o menos amplios. A su vez, contaron que, en general, en el momento de atención la mayoría de las veces se conformaban duplas, ya sea entre una médica y una trabajadora social, o una médica y una licenciada obstétrica, o alguna profesional de salud mental que esté disponible en el CAPS.

Con respecto a los años desempeñando la profesión, si bien no estuvo entre los criterios de selección de las personas entrevistadas, fue llamativa la coincidencia en que, en promedio, tenían un promedio de diez años de ejercicio, incluyendo las residencias. Como se mencionó anteriormente, se puede ubicar en este período la importancia del rol del movimiento de mujeres y feminista venía para construir estrategias para lograr el derecho al aborto, a partir de la creación de la Campaña en 2005, la progresiva masividad de los encuentros nacionales de mujeres, el avance en derechos sexuales y reproductivos con respecto a lo legislativo, y más recientemente la formación del movimiento Ni Una Menos en 2015 y de la marea verde en 2018, entre otros hitos que fueron generando las condiciones para interpelar a diferentes actrices y actores. El movimiento de mujeres y feministas fue problematizando las relaciones interpersonales y en el ámbito familiar, en la política, los lugares de trabajo, el sistema educativo y el sistema de salud.

En relación a sus conocimientos sobre temas de género, feminismo y derechos sexuales y reproductivos, excepto las Licenciadas en Trabajo Social, el resto de las profesionales refirieron no haber recibido formación en estos temas en el pregrado, ni en el posgrado de manera formal. Todas contaron que la capacitación y la formación en estos temas fue por interés personal y en general, autogestivas. Varias de ellas hicieron referencia a las formaciones que realizaron con organizaciones feministas. Dos de las

entrevistadas de diferentes municipios contaron que habían recibido en sus lugares de trabajo una capacitación por la Ley Micaela⁵

En esta línea, una de las entrevistadas relató:

“Las capacitaciones que se están haciendo como más obligatorias actualmente, son las de Ley Micaela en ambos trabajos, pero después todo lo demás fue más por incentivo personal. En relación al aborto la formación que nos daban eran de reducción de riesgos y daños, que digamos fue impulsando de a poco los acompañamientos de las interrupciones. Esas formaciones eran del municipio” (Entrevista 8, Lic. en Obstetricia).

En la misma línea, otra de las entrevistadas comenta que:

“Realicé formaciones que tuvieron que ver con mis búsquedas, digamos que dentro de la residencia y de la universidad no había, pero bueno fue en relación a mis intereses, pero no oficiales” (Entrevista 7, Medica generalista).

En lo que respecta a la formación profesional, por lo general, la enseñanza y la práctica de las profesiones médicas se caracteriza por tener una visión fragmentada de las personas y centralizada en la enfermedad, determinando un perfil profesional que responde al modelo médico hegemónico, que Menéndez (1988) describió como un modelo biologicista, individualista, pragmático y ahistórico. Es decir, un “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, que desde el siglo XVIII se ubicó como la única forma de atender la enfermedad, siendo legitimada por criterios científicos y por el Estado” (p. 1).

En lo que respecta a la participación de las entrevistadas en organizaciones, colectivas y/o redes, la mitad manifestó ser parte de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. Si bien actualmente no participan activamente, si mencionaron que su incorporación en ese espacio fue fundamental para la formación en la temática de aborto, así como los materiales que producían las agrupaciones feministas y los propios encuentros de mujeres y feministas. En este sentido, las entrevistadas refieren:

“El librito de lesbianas feministas, en su momento, de hecho tenía varias copias y circulaban. Y después, la guía del aborto no punible que lo leía mucho, mucho era

⁵ La Ley 27499 fue promulgada el 10 de enero de 2019. Establece la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública en todos sus niveles y jerarquías en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación.

nuestro lugar de consulta permanente, las guías de la OMS de cómo acompañar el aborto, tratando de buscar también bibliografía, lo más sustentable posible para darle un sustento legal a todo lo que hacíamos. Siempre autogestivas, como las capacitaciones de la red que quizás eran como lo más institucional, que eso me parecía básico, o sea, personas muy idóneas haciendo cosas de manera muy prolija, que le daban una institucionalidad a la práctica” (Entrevista 1, Médica generalista).

“Recuerdo que hicimos un montón de capacitaciones desde la red, se hicieron talleres y cursos. También en los Encuentros de Mujeres, me parece que en el de acá (hace referencia al Encuentro Nacional de Mujeres del 2015 que se realizó en Mar del Plata) y no me acuerdo en que otro encuentro de mujer que también había talleres de aborto seguro” (Entrevista 5, Médica generalista).

Los acompañamientos de aborto que se fueron construyendo en redes, entre trabajadoras del sistema de salud, organizaciones sociales y feministas, pusieron en discusión el carácter secreto y oculto del aborto en soledad, colocándolo en un lugar de construcción colectiva, de práctica de cuidado basada en la solidaridad. Las redes fueron fundamentales para la formación en la práctica y en cuestiones de derechos sexuales, y un espacio de acompañamiento ante la ausencia de política pública sanitaria con respecto al tema.

En relación al significado del feminismo y sus ideas en la práctica profesional, todas las profesionales hicieron referencia a cómo el feminismo intervino positivamente en su accionar como trabajadoras de la salud. Este las hizo cuestionar el modo de atención verticalista y hegemónico; empatizar y complejizar la mirada sobre algunas situaciones, entre ellas, el aborto. También hicieron referencia a cómo se sintieron interpeladas por las movilizaciones masivas del Ni Una Menos e instalaron el tema de la violencia desde otro lugar.

“Con las movilizaciones del Ni una Menos y las de la marea verde, como que tomé conciencia, empecé a involucrarme más, yo siempre trabajé con adolescentes, pero había cosas que no las trabajaba, empecé a incluir el tema de noviazgos violentos, sexualidad libre, cuidada, del disfrute, aborto, sobre estos temas me formé con las redes feministas y pensar los abordaje de manera integral” (Entrevista 3, Médica hebiatra).

“En relación a todo lo que tiene que ver con IVE creo que el feminismo fue pionero, digamos en instalarlo, en hacerlo propio y poder sacarlo, el sistema de salud viene

después, en realidad desde el sistema de salud nos fuimos como nutriendo de todo lo que las organizaciones sociales fueron planteando en relación a los derechos sexuales y hasta nos fuimos capacitando por fuera del sistema de salud” (Entrevista 7, Médica generalista)

“En mi práctica el feminismo trajo un gran significado, como empezar a replantearme desde otro lugar mi lugar profesional, que a veces uno tenía como un trabajo más vertical, más hegemónico y empezar a incluir a la persona, a la mujer como parte la consulta, de la escucha activa, de qué decide en su tratamiento, en su procedimiento, como que forme parte de esa consulta” (Entrevista 8, Lic. en Obstetricia).

“Me ayudó a empatizar con cualquier otra persona digamos, acompañar más, a entender, complejizando la mirada de algunas situaciones” (Entrevista 2, Lic. en Trabajo Social).

“Las cosas que más me gustan de la medicina general, hago de todo digamos y me gusta, pero estoy más enfocada a salud sexual porque fue lo que me gustó y creo que fue gracias al feminismo y a la lucha por el aborto legal” (Entrevista 5, Médica generalista).

Los relatos muestran como las ideas del feminismo lograron permear en sus prácticas profesionales. La lucha y organización llevada adelante por los feminismos, como actores centrales en relación a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, posibilitó ubicar en la agenda pública cuestiones que se identificaban históricamente en el ámbito privado.

Con respecto a las características de los acompañamientos en el PNA, todas hicieron referencia a la facilidad en el acceso, en comparación con los hospitales. Allí remarcaron la importancia del trabajo en equipo y en red, con otras instituciones de salud y con otros organismos públicos y organizaciones sociales. Con respecto a esto, podemos señalar que se encuentra en consonancia con el espíritu de la estrategia de APS. En la misma, se hace referencia a la optimización de los servicios favoreciendo la accesibilidad geográfica y administrativa, con la participación activa de la comunidad, “acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan” (Declaración de Alma Ata, 1978)

“Las personas llegan más fácilmente al centro de salud, ya sea porque les queda más cerca de sus casas o porque también hay menos gente, es más directo sacar el turno,

podes cómo ir directamente a tocar la puerta de alguna de las trabajadoras, me parece que es más ameno en ese sentido” (Entrevista 5, Médica generalista).

“Es como una situación en la cual, vos generas accesibilidad a un derecho acá al barrio. El primer nivel lo que tiene es el contacto cercano con la población y con la comunidad y ver a la que vos le acompañaste su otro embarazo y su bebé, los controles de sus hijes y ahora viene para una situación de aborto y después viene con su mamá que es diabética y después todo eso es parte de las situaciones que puede pasar una persona en su vida, y ahora se acompaña sin ese miedo, sin ese temor, sin todo de esa carga y eso está buenísimo” (Entrevista 1, Médica generalista).

Aparte de describir los acompañamientos de aborto como accesibles, también hicieron referencia a la ternura o a la amorosidad como principio rector de la atención en los espacios de salud. En relación a la ternura, se describen “dos características de la ternura como función: la empatía, que garantiza el suministro adecuado (calor, alimento, arrullo, palabra) y el miramiento que define como mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo” (Ulloa, 1995, p.135).

“Creo que los acompañamientos en el centro de salud son simples, accesibles, empáticos, amorosos, a mí me parece que es en donde están más sensibilizadas las y los trabajadores” (Entrevista 3, Médica hebiatra).

“Te puedo decir que en general los acompañamientos de IVE se llevan adelante por equipos, pueden ser muy distintos en función del espacio del centro de salud, pueden estar integrados por trabajadoras sociales, enfermería, por promotoras de salud, por licenciadas obstétricas, y eso está buenísimo. Intentamos que sean lo más amorosos posibles y también son bastante flexibles estos equipos” (Entrevista 7, Médica generalista).

“Creemos que el espacio de contención que le podemos dar a las usuarias, acá es muy distinta a la que pueden encontrar en un hospital, el espacio físico es muy diferente, es como más personalizado el encuentro acá. Hay menos temor, esa cosa de la luz blanca, es otro ámbito y los números nos muestran que estamos ayudando a descomprimir un poquito la demanda en el hospital. En el Congreso de Salud que se realizó en Mar del Plata, se nos ocurrió, en verdad es lo que nos atraviesa, pero le pudimos dar nombre, creo que logramos tomar la ternura como política de atención en este espacio de acompañamientos” (Entrevista 9, Médica generalista).

Las características del abordaje de los acompañamientos de aborto en el primer nivel de atención que describieron las entrevistadas, responden a una ética construida desde una concepción integral de la salud y desde un enfoque de cuidado. El feminismo viene a promover las prácticas de cuidado en salud como fue concebida en Alma - Ata “El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial” (Tejada de Rivero, 2003, p. 2).

En relación a sus creencias, posiciones con respecto al aborto y a cómo fue que se involucraron con la práctica de favorecer el acceso a la interrupción de manera segura, podríamos diferenciar a las entrevistadas en dos grupos. En primer lugar, aquellas que estaban a favor del derecho a decidir “desde siempre” y las que lo consideraron como un problema de salud pública, en cual debían intervenir como trabajadoras de la salud.

Quienes hicieron referencia a que siempre estuvieron a favor del derecho a decidir, lo relacionaron con experiencias personales: ser muy cercanas a mujeres que abortaron y otras por sus propios recorridos. Por ejemplo, tres de las entrevistadas dijeron que se habían practicado un aborto.

“En realidad, mi primer contacto con una persona que tuvo un aborto fue cuando estaba en la facultad con una amiga, yo no tenía información de nada, nunca me había puesto a pensar cuál era mi posición y en ese momento sí, lo que sentí fue mucho miedo por ella, por una cuestión de qué le iba a pasar, pero no estaban en contra, ni a favor como que nunca me lo había puesto a pensar. Cuando pasó esto de mi amiga es como que ahí empecé a interiorizar mucho más” (Entrevista 4, Médica ginecóloga).

“Siempre estuve a favor, para mí siempre fue algo como parte de la vida reproductiva, yo transité un aborto y me pasó que en ese momento que lo transité me era muy difícil contarlo, me sentía como muy culpable, yo tenía las herramientas para que no me pasara y lo seguía viviendo como con vergüenza. El trabajar con esto y bueno, toda la teorización alrededor del tema y antes de la ley, en el trabajo de poder hacer los talleres, me fui dando cuenta que eso era parte digamos de la vida reproductiva y que nos pasaba a todas, más allá de si tenías los elementos para acceder anticonceptivos o no” (Entrevista 7, Médica generalista).

Las entrevistadas mencionaron que después de consultas frecuentes o en la observación de complicaciones por el aborto inseguro, pudieron visualizar al aborto como

un problema de salud pública, en el cual como trabajadoras de la salud tenían alguna responsabilidad y obligación de actuar de otra manera.

“Yo no tenía una posición tomada, pero cuando entendí que era un problema de salud pública, que eran muertes que se podrían evitar, sentí que desde mi lugar podía hacer algo” (Entrevista 6, Lic. en Trabajo Social).

“Estar en contacto con mujeres que estaban en situaciones de aborto por embarazos no deseado o que atravesaban un aborto clandestino, siempre alguien venía a pedir ayuda, ya plantearlo como una problemática de salud, como algo frecuente en el sistema de salud y creo igualmente, que siempre estuve a favor del derecho a decidir” (Entrevista 1, Médica generalista).

“Yo me tuve que sentar en un momento a ver qué me pasaba. Cuando entré en la residencia en el hospital, por el 2005 más o menos, había mucha demanda de internaciones de abortos incompletos. Por guardia más o menos entre 8 a 10 mujeres se internaban con abortos incompletos y por semana uno o dos tenían alguna complicación terminando en terapia, complicaciones graves. Cuando empecé acá en el Municipio con todo lo de reducción de riesgos y daños, me atravesaban un montón de creencias personales, religiosas, familiares, que como decir: bueno, yo no estoy a favor y me empecé a replantear esto. Bueno, ¿qué pasa con lo que yo estoy viendo en mi práctica profesional? Más allá de lo que me pasa a mí y transité todo como un recorrido con lo que yo veía. También visibilizar o poner en palabras situaciones de amigas o compañeras que habían abortado y que era como algo que nunca lo había visibilizado, como decir, esto está al lado mío, esto no es de la puerta para afuera y me replanteé un montón de cosas. Me di cuenta que era algo que pasaba todo el tiempo socialmente, que era algo para acompañar y, lo más importante, que era un tema de salud pública” (Entrevista 8, Lic. en Obstetricia).

La predisposición a una escucha activa de las motivaciones por las cuales las mujeres deciden abortar también fue remarcado por las entrevistadas como algo muy significativo. Allí una cuestión fundamental fue el hecho de no hacer foco en el embarazo, sino en la persona que está solicitando el aborto, donde el personal de salud se ubica en un lugar de acompañamiento a un proceso sanitario más. Esto también generó transformaciones de actitud frente a la práctica del aborto por parte de las entrevistadas.

Al respecto, una de ellas expresa que:

“Me parece que escuchar las situaciones en las que esas mujeres iban a consultar y pedían una interrupción legal del embarazo, un aborto digamos, me terminó como conmoviendo, no sé si la palabra conmoviendo, pero como que me sensibilizó. Una vez que la persona entra en la consulta y te cuenta la situación y te lo dice, me parece que una no puede no sensibilizarse, digamos, y no acompañar a la situación, me cambió radicalmente. Yo hasta tengo recuerdos de estar en la escuela católica y hasta me acuerdo que fui bastante anti aborto durante mi adolescencia” (Entrevista 5, Médica generalista).

Visibilizar la penalización del aborto como un problema de salud pública, un problema de justicia social y un problema de derechos humanos, fue una estrategia del movimiento feminista, que interpeló a diferentes actores con diferentes motivaciones. Hablar del aborto como una experiencia personal o cercana, del aborto inseguro como un problema de salud pública, del aborto como un evento frecuente en la vida de las personas y del derecho a decidir, generó las condiciones para que una vez sancionada la ley, tanto en centros de salud como en hospitales haya trabajadores de la salud comprometidos para garantizar esta práctica.

4.3 Valoraciones y percepciones posteriores a la sanción de la Ley 27.610 de IVE

En relación a los cambios que produjo la Ley 27.610 todas las entrevistadas expresaron que les generó alegría en lo personal. Muchas, a su vez, manifestaron haber sido parte de las movilizaciones de la marea verde, participando activamente en los debates y acciones para lograr alcanzar este derecho.

En cuanto a sus prácticas, todas expresaron que dejar de escribir los causales fue un gran alivio. La certificación de causales solicitada por el Código Penal, antes de la Ley, era el permiso o la justificación del riesgo/peligro que implicaba el embarazo en las personas que solicitaban un aborto. La realización de la certificación de los causales no sólo era un permiso para las personas puedan acceder, sino que también era el resguardo legal de los profesionales que indicaban el misoprostol y/o la práctica. Cabe destacar que, dado que la práctica también estaba penalizada, si no hubiese una justificación, en este caso un causal del accionar médico, también se penalizaba el accionar profesional interviniente.

También las entrevistadas destacaron que posterior a la sanción de la ley, las personas concurren con más información con respecto a sus derechos como también en torno a los procedimientos que existen para interrumpir un embarazo.

“En lo personal no escribir tanto, dejamos de escribir causales, que eso fue maravilloso porque era terminar de atender a diez mujeres y ponernos a escribir diez causales. Todo era ILE, a ninguna le íbamos a rechazar por alguna causal, pero había que escribirlo” (Entrevista 1, Médica generalista).

“Los causales era doble trabajo, después ver si conseguíamos la medicación, si no estar peregrinando con la paciente, a ver si podía conseguir la plata para la medicación. Que sea algo que nosotras podemos disponer y brindar, creo que fue lo mejor que nos pasó, poder pensar en eso, decirle a la mujer que no va a tener que comprarla, ya eso cambió todo. Ahora es mucho más fácil y la entrevista es más dinámica” (Entrevista 2, Lic. en Trabajo Social).

“Para mí personalmente, fue muchísimo más fácil porque ya tenían la información las mujeres y lo dejaban de ver como algo ilegal, entonces el acceso de las personas hacia la institución fue mucho más fácil” (Entrevista 4, Médica ginecóloga).

“Me parece que se terminó como de formalizar algo, que ya estaba funcionando, pero que necesitábamos la ley como para sentirse más respaldadas. Las consultas antes eran, como más complejas, tenías que justificar el causal, entonces eso llevaba a que tengas que hacer más preguntas, que nunca me sentía como muy cómoda, ¿por qué querés interrumpir? ¿Estás en pareja? ¿Estás estudiando? ¿Trabajas? Preguntabas de la mejor manera, pero era incómodo y como que tratabas de hacer más preguntas, que a veces está bueno y la persona te quiere contar y hay veces que no. Pero no tenés que escribir el causal ahora en la historia clínica, que por ahí tenías que, a veces, quedarte pensando si lo habías escrito bien o no” (Entrevista 5, Médica generalista).

“En lo personal me dio más herramientas para discutir con otros en relación a mi práctica, en la individual a veces, es como que a la hora de atender tengo que darle menos o pedirle menos explicaciones a la paciente y eso está buenísimo. Como que antes era: bueno, mirá, yo tengo que acá justificar, o sea, como que le explicaba todo eso, más allá de que no le pedía que me dijera bueno, en qué te está afectando esto, le tenía que explicar que bueno, que esto estaba dentro de una figura que era la causal, entonces que y ahora es como bueno, si el contexto da y la paciente quiere hablar más, hablamos de

donde se ve afectada eso y si la paciente no quiere decir nada y no sale bueno” (Entrevista 7, Médica generalista).

“En lo personal me emocionó mucho y me dio mucha tranquilidad de decir: bueno, lo que estamos haciendo es garantizando derechos. Estás haciendo algo que no pasa por el acuerdo y creo que nadie está de acuerdo con el aborto, sino por el acompañamiento de las decisiones personales” (Entrevista 8, Lic. en Obstetricia).

Que el aborto sea voluntario implica que las profesionales de la salud, se corran del lugar de tener que decidir quién puede o no abortar. Todas las entrevistadas destacan esta cuestión y lo mencionan como un suceso positivo, en vinculación con un proceso que ellas fueron realizando en relación al aborto voluntario. En general, pero principalmente en la formación profesional, esta práctica no sólo fue una práctica históricamente excluida de las incumbencias y responsabilidades sanitarias sino que fue entendida como una práctica criminal con consecuencias deletéreas para la salud. Las experiencias personales (de sí o de terceras conocidas), visibilizar al aborto como un problema de salud pública como también el desarrollo del movimiento feminista de Argentina y del mundo, favorecieron que estas profesionales hayan desandado esta construcción del aborto voluntario.

En relación a los cambios que se produjeron a nivel institucional, todas las entrevistadas hicieron referencia a que la ley mejoró varios aspectos. En primer lugar, sentir un respaldo institucional en relación a lo que estaban haciendo fue muy importante, sobre todo en el vínculo con las otras personas que trabajan en el centro de salud. La aceptación de otras personas trabajadoras del centro de salud, con las cuales ni se hablaba del aborto, significó un involucramiento en el tema. El hecho de hablar en toda la institución sobre el aborto como un derecho y una responsabilidad colectiva, dio un marco en el cual todo el centro de salud debía organizarse para dar respuesta. Aquí aparece una cuestión fundamental, ya no es una responsabilidad individual o del equipo que realiza las consejerías de ILE, sino un deber de la institución de salud.

“Estábamos haciendo algo que la ley nos dio el marco y que también nos permitía exigir otras cosas a otros sectores, como ya está, ya no puedes hacer esto, ya no puedes obstaculizar. Ya no puedes hacerte el boludo porque ahora hay una ley y yo acá lo tengo escrito. Un sustento, como un marco en el cual apoyarnos ayuda para exigir medicación,

para exigir todo lo que necesitamos para garantizar la práctica dentro de la institución” (Entrevista 1, Médica generalista).

“En lo institucional cambió la actitud de muchos compañeros. Por ejemplo, en la modalidad de dar el turno, antes no se involucraba nadie, era un cuaderno que manejábamos mi compañera y yo. Entonces de eso no se hablaba, no querían saber tampoco. Ahora circula de una manera más normal, digamos, como cualquier otra interconsulta o de Obstetricia directamente pasan al consultorio de IVE o de IVE a obstetricia” (Entrevista 2, Lic. en Trabajo Social).

“Después de la ley y, obviamente también tiene que ver con una política provincial, se empezó a ver centros de salud y hospitales donde antes no se practicaba, o sea, no se ofrecía y ahora sí. También que ahora sea voluntario y no necesitaran causal, es mucho más fácil, se sacaron más trabas y las derivaciones a otros lugares son más simples. Las personas accedieron más a lo que sería un sistema seguro, porque obviamente la cantidad y el número de personas que abortan no cambia, sino que ahora lo hacen en un lugar seguro y de forma acompañada” (Entrevista 4, Médica ginecóloga).

“Un cambio grande, a nivel institucional es que se sumaron las ginecólogas, que nosotras, lo digo en femenino, porque en la red no había ninguna ginecóloga participando, de hecho no querían, estaban ahí como medios temerosas y después de la ley se sumaron. Es una oportunidad, una consulta por IVE también es una llegada al sistema de salud, digamos que te abre un montón de otras puertas y que te permite después ofrecer un PAP u ofrecerle un método anticonceptivo, ofrecerle un control a una mujer que por ahí solo llegan para resolver eso, las consultas” (Entrevista 5, Médica Generalista).

“Lo que más se notó es que los otros municipios empezaron a responder, entonces pudimos empezar a derivar situaciones en la región, no sé, de San Miguel y José C. Paz que tenemos muchas situaciones, poder derivarlas a la región quinta y que las resolvieran. Entonces puso a jugar a otros actores y con la obligación de tener que responder, entonces eso mejoró mucho” (Entrevista 7, Médica generalista).

“En lo institucional, empezó como a abrir un consultorio que parecía que se hacía a escondidas, como algo que no se diga, no se hable, con la ley pasó a ser algo más, es una intervención más, es una práctica más de salud y que requiere los mismos derechos, cuidados de atención, que cualquier otra práctica. Creo que nos permitió a los equipos

que estamos acompañando, eso, como abrir la puerta del consultorio y obligar a todo el equipo a que tenga que formar parte. Como que habilitó un lugar en el cual las personas podían venir a decir lo que sentían, de que querían hacer con ese embarazo” (Entrevista 8, Lic. en Obstetricia).

En relación a la responsabilidad de garantizar la práctica, no solo se mencionó a lo largo de las entrevistas la participación de otros actores (como el resto del personal de salud del CAPS), sino también la incorporación de otros CAPS, hospitales o secretarías de salud municipales que no daban respuesta antes de la ley. Además, se hizo alusión a que, a partir de la ley, se logró eliminar (o disminuir) barreras dentro de las instituciones ya que se debía garantizar el aborto.

“Fue un permiso para hablar, porque bueno, acá se acompaña como consejería desde hace muchísimos años, pero en lo chiquitito, en el pasillo, en fijémonos cómo podemos acompañar esta situación y ahora es como un permiso masivo a que esto sucede, digamos, blanquear lo que viene sucediendo desde hace cientos de años, las mujeres abortamos, otro permiso para hablarlo. Por ahí, esto quizás dentro de la unidad sanitaria, antes sabías con quién mejor no hablar de esta situación y ahora te importa bastante poco, hablas claro, ahora hay un permiso más a decir, aunque al otro no le caiga bien. Y además, darle a las personas que consultan, que hasta ahora me ha pasado que son todas mujeres, voy a decir mujeres, que me han consultado, darle la tranquilidad de que esto, de la forma que sea, este embarazo se va a interrumpir, es un montón de diferencia. Porque antes no existía esa posibilidad y transmitirle la seguridad que donde digamos, si ella tiene una emergencia, puede consultar en cualquier espacio público, le tienen que dar respuesta, es un montón, entonces da como otro abrazo” (Entrevista 9, Médica generalista).

“Antes de la ley nosotras no teníamos la certeza de que le íbamos a poder dar respuesta a todas las que nos solicitaban una interrupción, teníamos miedo de no poder garantizarlo. Nosotras, como parte del Estado o trabajadoras del Estado, estábamos invitándolas a la clandestinidad, cada vez que no garantizamos una interrupción de embarazo” (Entrevista 6, Lic. en Trabajo Social).

Todas las entrevistadas señalaron que con la ley se comenzaron a dar respuestas más colectivas, en la cual todo el personal de salud tiene una responsabilidad y ya no solo el equipo interviniente. En relación a la accesibilidad, hicieron mención a que posterior a

la Ley hay más consultas, las personas concurren con menos prejuicios y miedo, esto lo mencionan como algo positivo en relación a que la consulta por una IVE puede funcionar como una puerta de entrada al sistema de salud, como una oportunidad de ofrecer un método anticonceptivo u otra práctica sanitaria.

Conclusiones y reflexiones finales

“el Estado le debe devolver a las mujeres la plenitud del goce sexual, del deseo sexual y la plenitud de la sexualidad equivalente a la de los varones.”
Dora Barrancos (2018)

Después de casi cien años de penalidad del aborto, la Ley 27.610 de IVE le devuelve a las personas con capacidad de gestar el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos, reconoce su autonomía, pone en el centro la voluntad de las personas en la práctica sanitaria y les otorga el protagonismo a quienes abortan.

Como primera conclusión del análisis de las entrevistas, de los datos y las lecturas teóricas, se puede afirmar que la sanción de la ley fue altamente significativa y pragmática para las profesionales de salud que conforman los equipos de IVE en el primer nivel de atención, tanto en la convicciones y certezas al momento de brindar la práctica, como en lo que respecta al vínculo con el resto del personal de salud y las otras instituciones que intervienen. En relación a esto, Tajer (2019) hace referencia a cómo “los contextos de legalidad también son importantes para que les profesionales se sientan protegidos y avalados para garantizar este aspecto de la salud” (p. 81).

El sistema de salud, en general, actúa como reproductor de las desigualdades de género. Sin embargo, los acompañamientos de abortos resultaron ser una oportunidad para poner en cuestión el modelo de atención y cuidado de la salud de las personas que concurren al sistema de salud. Estos acompañamientos surgieron en un contexto restrictivo en relación al acceso del derecho al aborto, pero se conformaron equipos interdisciplinarios para poder dar respuestas a problemas complejos, donde les profesionales se vieron forzados a encontrarse para realizar los causales e incorporar distintas miradas para coordinar estrategias en un contexto adverso. Previo a la ley, conformar equipos interdisciplinarios, no sólo les dio un marco de seguridad, sino que también generaba alivio, dado que la compañía hacía la tarea más liviana. En este proceso, fue fundamental la construcción de redes con otros profesionales pero también con colectivas feministas y organizaciones sociales territoriales, tanto para la articulación de estrategias, como para construir saberes.

Estos acompañamientos resultaron y resultan disruptivos del modelo médico hegemónico, ya que problematizan y cuestionan al modelo médico de atención en salud,

caracterizado por ser binario, heteronormativo, cis sexista y patriarcal. En este sentido, los trabajadores de la salud generaron espacios de trabajo en equipos interdisciplinario, en donde el poder de decidir estaba centrado en las personas y ya no en los profesionales, reconociendo la autonomía de las personas y restituyendo soberanía sobre sus propios cuerpos. Por último, los saberes surgieron de las colectivas feministas y de las mujeres que empezaron a utilizar el misoprostol para abortar, sin que ningún profesional de la salud se los indique.

Otras de las conclusiones es que la ley logra institucionalizar una práctica en la cual solo intervenían las personas del equipo de ILE, aquellas que voluntariamente se sentían comprometidas con la temática, en muchos casos de manera secreta y oculta. La institucionalización genera una responsabilidad colectiva, ya no es sólo responsabilidad del equipo IVE/ILE, sino de todo el equipo de salud: desde la persona que gestiona los turnos, hasta el personal que se debe encargar de que esté disponible el misoprostol en el CAPS. La ley logró también involucrar a otros actores, no sólo para intervenir en el proceso de atención en la propia institución, sino que otras instituciones, como CAPS, hospitales e instituciones del sistema privado de salud también se vieron obligadas a dar respuesta. Este cambio que posibilitó la ley es vislumbrado como muy positivo por parte de los equipos. Al ser el aborto voluntario un derecho, contribuye a reducir la inequidades en salud por cuestiones de género, dejando de ser un privilegio para quienes, más allá de la ilegalidad, podían acceder a un aborto seguro. Que sea un derecho también genera una responsabilidad colectiva para garantizarlo y exige la eliminación de los obstáculos cuando se presentan.

Otra conclusión es que se puede identificar a la consulta por aborto como una puerta de entrada al sistema de salud, en la cual la consulta por IVE constituye una oportunidad para acompañar otras situaciones de vulnerabilidad. En general las personas concurren a los CAPS u hospitales cuando padecen alguna situación que afecta su salud. En este sentido, cuando las personas acuden por una interrupción de embarazo, pueden acceder también a un método anticonceptivo, a un PAP (papanicolaou) o test de VPH (virus del papiloma humano) para prevenir el cáncer de cuello de útero, recibir información sobre infecciones de transmisión sexual, consultar por situaciones violencia de género, o simplemente poder acceder a un examen de salud. De esta manera, los acompañamientos de aborto pueden ser una oportunidad para promover el cuidado de la salud de las personas.

Los informes muestran que hubo un incremento en la cantidad de interrupciones de embarazo resueltas dentro del sistema de salud y también un incremento en el número de equipos que resuelven abortos posterior a la sanción de la ley. Lo que demuestra la evidencia es que, en general, las leyes permisivas no aumentan la cantidad de aborto, lo que sucede es que los abortos se realizan en el sistema de salud y en este sentido aumente el registro de los mismos (Romero, 2020). Podemos observar que entre un 87-89% corresponden a interrupciones del primer trimestre, lo que implica que los abortos podrían resolverse en un primer nivel de atención. De los informes también es importante remarcar que un porcentaje pequeño de equipos del primer nivel (17%) resolvió más de la mitad de las interrupciones de embarazo. En esta línea, sumado a lo que menciona la OMS con respecto al uso del misoprostol en relación a su seguridad y con la incorporación de la mifepristona que aumenta la eficacia, el primer nivel de atención se muestra como una gran oportunidad para mejorar el acceso a las interrupciones de embarazo.

Las políticas públicas para garantizar el acceso al aborto enfrentan grandes dificultades, como en general todas las políticas sanitarias que se encuentran condicionadas en un sistema de salud fragmentado, desarticulado, con trabajadores precarizados, sumado el accionar de los grupos anti derechos. Sin embargo, la experiencia de acompañamiento de abortos puede resultar una experiencia para extrapolar a otras situaciones de salud. A pesar de las condiciones de trabajo y de las múltiples tareas, las trabajadoras impresionan estar orgullosas de estar garantizando esta práctica. La ley vino a respaldar e institucionalizar una práctica con la que se sienten involucradas y les genera satisfacción. Los acompañamientos de abortos construidos desde el concepción integral de la salud, sumado a las convicciones en relación al derecho de las personas con capacidad de gestas a decidir sobre su propio cuerpo, promueven el abordaje de esta práctica desde una ética basada en el cuidado.

Resulta pertinente evidenciar que estos acompañamientos de abortos son una muestra de cómo los feminismos inciden en los procesos de transformación social, de construcción colectiva, de promoción de prácticas de cuidado basada en la solidaridad y el bien estar. Estos acompañamientos sostienen la idea de soberanía sobre los cuerpos, sobre las decisiones y los deseos de las personas, nos aportan otras miradas sobre múltiples desigualdades que afectan a la salud de las personas.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en su actual gestión, da cuenta del compromiso en priorizar la atención de las personas con derecho al aborto

como un componente integral de la política sanitaria, asumiendo la responsabilidad de generar condiciones simbólicas y materiales. Las políticas públicas llevadas adelante por la gestión acompañaron a los equipo de salud que durante muchos años sostuvieron estos acompañamientos en soledad, ante la ausencia de políticas sanitarias en el tema. Sin embargo, es necesario señalar, que no hay ningún documento con lineamientos específicos para la atención integral de la IVE en primer nivel de atención. La evidencia demuestra y la OMS sostiene, que al tratarse de procedimientos en su mayoría sin complicaciones, la atención de la IVE del primer trimestre, puede realizarse en instituciones de baja complejidad y preferiblemente de tipo ambulatorio. Sin embargo, como se mencionó anteriormente un gran número de IVE se resuelven en los hospitales de mediana y alta complejidad. En este sentido, es importante que se desarrollen políticas públicas específicas y lineamientos para la atención de IVE en el primer nivel de atención y establecer una adecuada comunicación (referencia y contrarreferencia) entre los diferentes niveles, para cuando sea necesario la atención de complicaciones o situaciones de alto riesgo que requieran mayor complejidad.

Finalmente, esperamos que este trabajo contribuya al debate y al intercambio de alternativas de políticas sanitarias con perspectiva de género que promuevan el fortalecimiento del primer nivel de atención y que colabore a fortalecer las acciones en materia de aborto para garantizar el acceso oportuno a este derecho.

Referencias bibliográficas

- Bareiro, L. & Torres, I. (2010). *Gobernabilidad democrática, género y derechos de las mujeres en América Latina y el Caribe*. Paraguay: Centro de Documentación y Estudios.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia: aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Belmartino S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bloj, C. (2010). Impresiones Teórico-metodológicas alrededor de la investigación en ciencias sociales. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Brown, J. (2007). *Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión*. [Tesis de maestría inédita]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina.
- Castells. M. (2008): Foro Internacional de Valparaíso. En Seminario PRIGEPP Globalización y Género. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Crenshaw, K. (1991). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra la mujer de color. *Stanford Law Review*, 43 (6), 1.241-1.299. Traducido por Raquel (Lucas) Platero y Javier Saez.
- Elizalde, S. y Mateo, N. (2018). Las jóvenes: entre la ‘marea verde’ y la decisión de abortar. *Salud Colectiva*; 14; 3; 433-446.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpos y acumulación originaria*. 1º edición. Tinta Limón Ediciones.
- Felitti, K. (2021). Ya es ley: antecedentes y desafíos de la legalización del aborto en la Argentina. *Cahiers des Amériques Latines*, [En línea], 95, 7-15.
- Felitti, K. y Ramírez Morales, MdR (2020). Pañuelos anudados: la lucha por la interrupción legal del embarazo y sus símbolos en América Latina”, *Encartes*

- antropológicos*, 5, CIESAS/Colegio de la Frontera Norte/ITESO, marzo-agosto, 111-145.
- Felitti, K.; Cepeda, A.; Mateo, N.; y Rustoyburu, C. (2022). Tecnologías biomédicas y feminismos. Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos. La Plata: Grupo editor universitario/Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género.
- Felitti, K. (2011). Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina. *Revista Sociedad y Religión*, n° 34/35, Vol. XXI, 92-122.
- Fernández, S. (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 16(1), 87-98.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires, Argentina. Catálogos Editorial.
- Fraser, N. (1999). Repensando la esfera pública: Una contribución a la crítica de la Democracia actualmente existente. *Ecuador Debate*, 46, 139-174. Recuperado de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/5760/1/RFLACSOED46-08-Fraser.pdf>
- Exposito Molina, C. (2011). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Nueva York: Aldine Publishing Company.
- Guber, R. (2009). *El Salvaje Metropolitano*. Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez, M.A (2018). Feminismos en acción: el debate de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Sociales en debate*. 14, 1-7.
- Guzmán, V. (2018). Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género. [Hipertexto]. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

- Guzmán, V.; Bonan, C. (2006). Feminismos latinoamericanos y sus aportes a la experiencia moderna. En M. Errázuriz (ed.). *Saber de ellas. Entre lo público y lo privado*. Santiago de Chile: Mercurio Aguilar.
- Guzmán, V. y Montaña, S. (2012). Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010). Santiago de Chile: CEPAL.
- Harcourt, W. y Escobar, A. (2002). “Mujeres y política de lugar”. En Seminario PRIGEPP Globalización. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Ipas (2010). Las evidencias hablan por sí solas: diez datos sobre el aborto. Chapel Hill. Disponible en [Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto. - Ipas](#)
- Ipas (2021). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. N. Kapp (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas
- INDEC (2023, 31 de Enero). Censo 2022: resultados provisorios. Disponible en [Censo 2022: resultados provisorios - Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas](#)
- INDEC (2010). Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según grupo de edad y sexo. Total del país. Disponible en <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/n020214.xls>
- Maffía, D. (s.f.). Derechos Sexuales y Reproductivos: Algo más que procreación. Revista Generación BA, 9. Dirección General de Políticas de Juventud, GCBA. Recuperado de <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Derechos-sexuales-y-reproductivos.-Algo-m%C3%A1s-que-procreaci%C3%B3n.pdf>
- Mario, S. y Pantelides, E. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Santiago de Chile, en Notas de Población N° 87, 95-121. CEPAL. Disponible en <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>
- Mateo, N. (2022). La construcción social del misoprostol en el laboratorio: de su inscripción como protector gástrico a su reconstrucción como fármaco abortivo. *Redes*. vol. 28, 1 - 28.

- Meccia, E. (2019). *Biografías y sociedad métodos y perspectivas*. Santa Fe: Ediciones UNL.
- Mendizábal, N. (2006). “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”. En: Vasilachis de Gialdino, I. (Coord). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.
- Menéndez, E. L. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires. Pág. 451- 464.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Recuperado http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). Estadísticas vitales. Información básica, año 2018. Dirección de Estadísticas e información en salud.
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2022. Recuperado <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>
- Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires (2012). Protocolo de Atención integral de los abortos no punibles. Disponible en PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ABORTOS NO PUNIBLES (ossyr.org.ar)
- Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires. (2021). Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo. Segunda edición. Disponible en [GUÍA-de-Implementacion-de-la-Interrupción-Voluntaria-del-Embarazo-Segunda-Edición.pdf \(gba.gov.ar\)](#)
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. (2022). Informe Epidemiológico: Ampliación de acceso al aborto y reducción de inequidades territoriales. Avances al año de la sanción de la Ley Nacional n° 27.610. Recuperado de [Informes de gestión – Aborto \(gba.gov.ar\) INFORME-EPIDEMIOLOGICO-ACCESO-A-ABORTO-PBA-DIC-2021.pdf \(gba.gov.ar\)](#)

- Romero, M. y Moisés, S. (2020). El aborto en cifras. Serie de documentos REDAAS. REDAAS. Buenos Aires, Noviembre de 2020.
- LatFem (2018) Aborto legal Ya. Latfem. Recuperado de:
<https://latfem.org/abortolegalya-el-estado-le-debe-devolver-las-mujeres-la-plenitud-del-goce-sexual-y-la-plenitud-de-la-sexualidad-equivalente-la-de-los-varones/>
- Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Disponible en: <https://bit.ly/3hLtILa>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Octubre. Disponible en:
<https://bit.ly/3VguKfY>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organización Panamericana de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en
- Pecheny M. y Petracci M. (2006). *Argentina: derechos humanos y sexualidad. Informe final*. Buenos Aires: CEDES.
- Pecheny M. y Petracci M. (2008). *Argentina: derechos humanos y sexualidad. Actualización 2006-2007*. Buenos Aires: CEDES.
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M. y Capriati, A. (2012). El aborto en la trayectoria de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 12, 164-197. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872012000600008&lng=es&tlng=es
- Radi, B. (2019). Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos. En Fundación Soberanía Sanitaria (comp.) *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Compiladoras

- Fundación Soberanía Sanitaria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta y Limón Ediciones, p. 125-143.
- Ramon Michel, A. (2011). “Entre la acción y la espera: el acceso al aborto legal en América Latina”. En: Cabrera, O. y Casas, X. (Comps.) Los derechos reproductivos: un debate necesario, I Congreso Jurídico Latinoamericano sobre Derechos Reproductivos, Arequipa, Perú. Noviembre 5,6 y 7 de 2009, Planned Parenthood Federation of America (PPFA), Promsex. Washington.
- Rodríguez Shadow, M. J. (2000). Intersecciones de raza, clase y género en Nuevo México. *Política y Cultura*, 14, 109-131.
- Rovere M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Revista Saúde em Debate*. 2012; 36 (94): 327-342.
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México DF: PUEG, 265-302.
- Tajer, D. (2002). “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”. En Tajer, D. *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Tajer, D. (2019). El aborto como problema de salud colectiva. En Fundación Soberanía Sanitaria (comp.) *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Compiladoras Fundación Soberanía Sanitaria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta y Limón Ediciones, p. 75-85
- Tejada de Rivero D. (2003). Alma- Ata: 25 años después. *Revista Perspectiva de salud*, Volumen 8 N° 2
https://www3.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Veronelli J. y Veronelli Correch M.(2004). *Los orígenes institucionales de la salud Pública en la Argentina*. OPS/OMS.
- Zurbriggen, Ruth ; María Trpin y Belén Grosso, “Decidir abortar y decidir acompañar. Socorro Rosa : Un servicio de prácticas y experiencias en clave feminista” en

Zurbriggen R. y Claudia Anzorena (comps.) El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible, Buenos Aires : Herramienta, 2013, p. 303-320.

Referencias jurídicas

Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres. (1979). Asamblea de Naciones Unidas.

Corte Suprema de Justicia -CSJN- (2012). Fallo “F., A.L. s/Medida autosatisfactiva”, sentencia 13 de marzo de 2012. Argentina. Disponible en: <https://bit.ly/3tRmvKv>

Ley Nacional N° 11.179 (1921). Código Penal de la Nación. Boletín oficial de República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 03 de Noviembre de 1921.

Ley Nacional N° 25.673 (2002). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Boletín oficial de República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 30 de Octubre del 2002. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>

Ley Nacional N° 27.610 (2020) Ley Nacional de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Boletín oficial de República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 15 de enero de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3aaC9ZS>

Ley Provincial N° 13.066 (2003). Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación responsable. Boletín Oficial, La Plata. Disponible en: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-13066.html>

Ley Provincial N° 14.738 (2015). Creación del Programa Provincial que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable. Boletín Oficial, La Plata. Disponible en: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14738.html>

Ley N° 25.325 (2000). Protección de los datos personales. Boletín Oficial, 4 de Octubre de 2000. Recuperado de

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm>

Anexos

Entrevistas realizadas

Número	Inicial	Identidad de género	Profesión	Municipio del CAPS	Años de ejercicio
1	G	Mujer cis	Médica generalista	Almirante Brown	10
2	N	Mujer cis	Trabajadora social	Almirante Brown	7
3	V	Mujer cis	Médica hebiatra	San Martin	11
4	A	Mujer cis	Médica toco ginecóloga	San Martin	9
5	L	Mujer cis	Médica generalista	Mar del Plata	10
6	M	Mujer cis	Trabajadora social	Mar del Plata	10
7	N	Mujer cis	Médica generalista	Moreno	10
8	P	Mujer cis	Licenciada obstétrica	Moreno	16
9	J	Mujer cis	Médica generalista	Moreno	14

Guía de entrevista

Fecha

Nombre

Institución

1. Sexo/genero autopercebido

2. Trayectoria educativa y profesional

- Profesión/Rol dentro del equipo

- Especialidad,

- Lugar de residencia

- Años de ejercicio de la profesión/Años trabajando en áreas de salud

- En tu recorrido educativo, profesional y/o laboral, ¿tuviste formaciones específicas o experiencias en género, derechos y feminismo? ¿Cuáles? ¿Y en temas vinculados a aborto?

4. ¿Conoces sobre el movimiento feminista? cuando escuchaste por primera vez sobre sus ideas? ¿Qué significados trajo a tu experiencia laboral y personal? ¿Participaste o participas de alguna red, organización feminista, política, etc?

5. ¿Qué posición tenías respecto al aborto? ¿Qué factores influyeron en el cambio? ¿Cómo te involucraste en el tema?

6. ¿Qué cambios trajo aparejada la ley en la institución? ¿Qué cambió entre lo que hacías/hacían antes y después de la ley? ¿En lo personal?

7. ¿Cómo repercutió la práctica en tu trabajo cotidiano?

8. ¿Cómo articulan con el segundo nivel? ¿Identificas cambios después de la Ley?

11. En la actualidad, ¿cómo está conformado el equipo de IVE? ¿Cómo surgió? ¿Se sumó alguien después de la ley?

13. ¿Cómo describirías los acompañamientos de aborto del PNA?

Consentimiento informado para participantes

Mi nombre es Gisela Stablun. La presente investigación es realizada como parte del trabajo final de la maestría sobre Género, Sociedad y Políticas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. El objetivo del trabajo apunta a comprender las continuidades y rupturas que produjo la sanción de la Ley 27.610, en las características y en las prácticas desarrolladas para garantizar los abortos por parte de los equipos de salud del primer nivel de atención de la Provincia de Buenos Aires.

Usted ha sido seleccionada/o/e para ser entrevistada y poder contar con su experiencia en el tema. Su participación en la entrevista es voluntaria. Si acepta llevarla a cabo, puede no contestar preguntas y terminar su participación en cualquier momento. La entrevista es totalmente confidencial, es decir, no se identificarán a los y las participantes por el nombre ni por el de la institución a la que pertenecen. La confidencialidad de los datos se mantendrá de acuerdo con lo estipulado por la ley 25.326 de Protección de Datos Personales. Según esta Ley, usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, solicitar rectificaciones de ser necesario, y que en caso de retirarse del estudio no se tratarán datos personales a futuro salvo los recolectados hasta ese momento.

Cada entrevista dura aproximadamente 20 minutos y será realizada en el lugar y modalidad (presencial/virtual) que le resulte conveniente.

Este estudio no implica un beneficio directo para las personas encuestadas y usted no recibirá compensación económica por su participación, pero su contribución es muy valiosa y contribuirá a comprender las continuidades y rupturas que produjo la sanción de la Ley 27.610 de IVE.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación y he sido informada de los objetivos de estudio.

Reconozco que la información que provea para esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro estudio sin mi consentimiento.

De tener dudas sobre mi participación, como también para solicitar información sobre los resultados puedo contactarme a la siguiente dirección de mail gise_sta@hotmail.com

Fecha

Firma y aclaración