

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Ley de interrupción voluntaria del embarazo: políticas de cuidado y desafíos en la implementación en CABA.

Tortosa, Paula Inés, Longo, Roxana Gabriela, Lenta, María Malena y Zaldúa, Graciela.

Cita:

Tortosa, Paula Inés, Longo, Roxana Gabriela, Lenta, María Malena y Zaldúa, Graciela (2022). *Ley de interrupción voluntaria del embarazo: políticas de cuidado y desafíos en la implementación en CABA*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/726>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/xBE>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: POLÍTICAS DE CUIDADO Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN EN CABA

Tortosa, Paula Inés; Longo, Roxana Gabriela; Lenta, María Malena; Zaldúa, Graciela
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El derecho al aborto legal, seguro y gratuito constituye una demanda histórica del movimiento feminista que logró la reciente sanción de la ley 27.610 en Argentina. En el campo de la salud, la cuestión implica abordar la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las personas con capacidad de gestar, lo que es objeto de debates y disputas incluso en la actualidad. Pues la ampliación de derechos de las mujeres y disidencias se confronta con las lógicas históricamente androcéntricas que organizan los sistemas y servicios de salud. En este marco, este trabajo tiene el objetivo de analizar la incidencia de esta transformación normativa en las prácticas de los equipos de salud sexual del primer y segundo nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde un diseño de Investigación Acción Participativa en diálogo con la epistemología feminista, se desarrolló un proceso investigativo con 26 trabajadores/as de la salud del sistema público de la Ciudad. Se realizaron entrevistas en profundidad y grupos de discusión. Entre los resultados se analizó el devenir histórico de la garantía del derecho al aborto en el territorio, las transformaciones habilitadas por el cambio normativo y las tensiones entre la persistencia de la hegemonía biomédica y el enfoque integral de la salud.

Palabras clave

Aborto - Políticas de cuidado - Género - Salud

ABSTRACT

VOLUNTARY INTERRUPTION OF PREGNANCY LAW: CARE POLICIES AND CHALLENGES IN THE IMPLEMENTATION IN THE CITY OF BUENOS AIRES

The right to legal, safe and free abortion has been a demand of the feminist movement in Argentina, which was able to recently get the approval of the national law 27610. Within the health field it implies approaching sexual, reproductive and non reproductive health of women and people with the capacity of gestate. This has brought many debates and disputes because the fulfillment of women's and dissidences rights collides with the androcentric perspectives in which the health services and systems are organized. The objective of this work is to analyse the incidence of this law in the practices of sexual health teams in the City of Buenos Aires. The methodology is based on an

Action Participatory Research and feminist epistemology. A research process was carried out with 26 workers of the public health system of the City of Buenos Aires who participated in interviews and focus group discussions. Among the results, the historical background of the right to abortion was discussed, the transformation that the new legislation allowed, and the tensions between the biomedical approach and integral health.

Keywords

Abortion - Gender - Health - Care politics

Introducción

La salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las personas con capacidad de gestar ha sido objeto de debate tanto en los campos de las ciencias de la salud como en el ámbito jurídico, históricamente signados por una mirada androcéntrica que sostiene y reproduce los estereotipos basados en género que colocan a las mujeres en el lugar de madres y se sustentan en la división sexual del trabajo. En ese sentido, los cuerpos de las mujeres han sido objeto de tutela patriarcal restringiendo su ciudadanía (Brown, 2014). Particularmente, la regulación sobre el derecho al aborto ha tomado una masividad y visibilidad inédita en los últimos cuatro años en Argentina y también en otros países de Latinoamérica. En el caso de nuestro país, se logró la sanción de la Ley Nacional 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) hacia fines del año 2020, aún en contexto de restricciones sanitarias impuestas por la situación de la pandemia por Covid-19.

A nivel regional se observa el intento de cambio para ampliar la condición de ciudadanía de las mujeres en lo que respecta a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. No obstante, en varios países siguen existiendo situaciones de criminalización del aborto, persecución a los profesionales de la salud que intentan garantizar estos derechos y también se visibilizan grandes retrocesos en este campo (Mora, 2019), como la reciente decisión de la Corte Suprema de Justicia de Estados Unidos que deroga el fallo *Roe vs Wade*, que desde 1973 garantizaba el acceso a la interrupción del embarazo, lo cual habilita que varios estados de ese país puedan criminalizar esta situación.

En lo que atañe al contexto local de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se destaca una larga trayectoria de lucha por

parte de los equipos de salud sexual y reproductiva del primer nivel de atención del sistema público en garantizar los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las usuarias/es (Longo, Moschella, Pawlowicz y Zaldúa, 2011), a pesar de las restricciones en el marco normativo. En ese sentido, cabe señalar el trabajo realizado por la Red de Profesionales por el derecho a decidir como un espacio clave de la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, que permitió ampliar la mirada sobre las causales respecto a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) contempladas en el código penal y luego también interpretadas por el reconocido fallo FAL en 2012 (Red de equipos de salud sexual y reproductiva, 2020). Este trabajo en red y territorial habilitó prácticas desde una perspectiva de la salud integral basada en los derechos humanos con enfoque de género. Entonces, desde hace ya varios años, aún en contextos adversos como la pandemia (Longo, Tortosa y Zaldúa, 2022), los equipos de salud de CABA han empleado diversas estrategias para generar procesos de accesibilidad de las usuarias/es al ejercicio de derechos sobre el propio cuerpo.

En este nuevo contexto que habilita la nueva legislación nos preguntamos: ¿cómo ha incidido en las prácticas de cuidado en salud sexual integral de los equipos de salud de CABA? ¿Qué desafíos encuentran por delante para la correcta implementación y garantía de estos derechos?

Metodología

Este trabajo se inscribe en un proceso de Investigación Acción Participativa con trabajadoras/es de los equipos de atención del primer y segundo nivel de CABA en el marco del Proyecto UBACyT “Salud mental comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado” de la Facultad de Psicología de la UBA. Este enfoque, en articulación con la epistemología feminista, promueve el desarrollo de acciones investigativas vinculadas al fortalecimiento material, subjetivo y simbólico de las mujeres y disidencias para propiciar procesos de autonomía singulares y colectivos que permitan concebir como legítimo el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, la propia vida y las relaciones y normas sociales que se suele concebir como inalterables en la vida cotidiana (Lenta, Maldonado, Longo y Zaldúa, 2020).

La muestra fue intencional y no probabilística. Estuvo conformada por 26 trabajadoras/es de diferentes profesiones: psicólogas/os, trabajadoras sociales, médicas generalistas, médico pediatra, del primer nivel de atención -Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)- y del segundo nivel de atención -hospitales-. Se realizaron quince entrevistas semi-estructuradas en profundidad, tanto en forma presencial como virtual, a trabajadoras/es del sistema público de salud de CABA así como también se desarrollaron tres grupos de discusión con modalidad virtual. Se trabajó con consentimiento informado y esclarecido.

Para el procesamiento de la información se desgrabaron las entrevistas y los grupos de discusión, para realizar primero una codificación abierta y, luego, una categorización axial que per-

mitió reorganizar las categorías emergentes y redactar un primer informe de avances de resultados. En este artículo, se pone el foco especialmente en los resultados vinculados al proceso de implementación y garantía del derecho al aborto en el territorio mencionado.

Resultados

El devenir de la garantía del derecho al aborto

El territorio de la CABA presenta un entramado demográfico complejo, signado por las desigualdades socio-económicas. Si bien es el distrito más rico del país y con una importante oferta de servicios de salud, gran parte de la población que vive en condiciones de precariedad socio habitacional no accede a las necesidades básicas y atraviesa diversos procesos de vulneración de derechos, lo cual afecta su salud desde una perspectiva integral (Longo, Lenta, Joskowicz y Tortosa, 2021).

En lo que respecta a los equipos de salud se destaca el involucramiento de las trabajadoras/es del sistema público en la exigibilidad del derecho a la salud integral con especial foco en la larga trayectoria de trabajo territorial en salud sexual, reproductiva y no reproductiva. En particular, los equipos de salud sexual del primer nivel de atención han venido trabajando desde hace varios años en la implementación de la ILE. Paralelamente han gestado de manera autónoma espacios de articulación, reflexión y formación vinculados con prácticas en salud y derechos humanos.

Hasta antes de la aprobación de la ley de IVE, el trabajo era realizado por equipos interdisciplinarios que realizaban consejerías y entrevistas para determinar las causales de la solicitud de la interrupción. Se realizaba una ecografía para corroborar las semanas de gestación y luego realizaban un informe que era elevado y archivado justificando dicha decisión. En la mayoría de los casos el procedimiento implicaba un aborto farmacológico con la utilización de la droga Misoprostol, de provisión gratuita en los CeSAC de CABA, lo cual fue una conquista por parte de los equipos de salud sexual del primer nivel.

En varios otros casos, ya sea por alguna complejidad que requiriera otro tipo de intervención o por encontrarse luego de la semana 12 (ingreso al tercer trimestre), la situación de interrupción se articulaba con el segundo nivel de atención.

Este punto de articulación y derivación ha demostrado ser un gran obstáculo para muchos/as efectores/as ya que encontraban más barreras a la accesibilidad de derechos en los hospitales del segundo nivel. No obstante, a pesar de estas dificultades institucionales, las trabajadoras/es de los equipos de salud sexual lograron generar trayectorias seguras de acompañamiento durante la interrupción y poder garantizar el derecho a la salud. Para las/os entrevistadas/os esta situación fue revertida a partir de la Ley de IVE propiciando más fluidez en las respuestas, pero también del posicionamiento de las usuarias/es:

“(…) Lo que cambió es que no tenemos más problemas o complicaciones con el segundo nivel de la ley, que antes teníamos,

no tuvimos más inconvenientes. Está todo mucho más fluido, no nos volvieron a objetar nunca más una evaluación, un encuadre, antes nos daban más vueltas que una calesita” (Trabajadora Social 1, CeSAC).

“Sí, cambió un montón, si bien era un lugar muy amigable y de fácil acceso, garantizaba el acceso a la interrupción en su momento legal del embarazo. Me parece a mi que fue mucho más sencillo hacer promoción de ese derecho, poder tener la medicación de forma mucho más sencilla, inclusive que la gente se acerque de forma diferente, con menos miedo, más allá de que después cada situación en particular es muy particular, yo creo que eso derribó barreras, se notó por parte de las usuarias” (Médica generalista residente, CeSAC).

Según las narrativas, el activismo histórico en el sistema de salud por parte de trabajadores/as comprometidos/as con una perspectiva de salud feminista permitió garantizar la accesibilidad del derecho a partir de prácticas artesanales que implicaron el armado de redes y alianzas e incluso el boca a boca entre las/es usuarias/es acerca de los espacios de atención “amigables”. En ese momento anterior a la sanción de la ley, se puso el foco también en la identificación de obstáculos institucionales, epistemológicos e ideológicos (tanto de profesionales como de usuarias/es) difíciles de franquear ante la falta de un amparo legal más amplio como resultó ser la ley. No obstante, el nuevo escenario permitió comenzar a sortear algunas de esas barreras.

El nuevo escenario a partir de la sanción de la ley de IVE

La sanción de la Ley 27.610 ha permitido que muchas prácticas que ya se venían realizando en el primer nivel de CABA se pudieran instituir, legitimar y vehicular con menos obstáculos en materia jurídica. En primer lugar, para muchos equipos interdisciplinarios de salud sexual que ya se encontraban conformados implicó pocos cambios en las prácticas concretas con las/es usuarias/es. Respecto a algunas de estas modificaciones la realización del informe cobra particular relevancia según las trabajadoras/es:

“(…) sobre todo, en la forma de llevar a cabo el trabajo, porque para empezar yo soy trabajadora social, entonces yo tenía una participación más activa en el armado de informes de acceso, porque antes se accedía mediante un informe social en lo que es causal salud, lo que era, que ahora existe pero a partir de las catorce semanas. Bueno participaba activamente entrevistando y haciendo después los informes que eran más elaborados y demás” (Trabajadora Social 1, CeSAC).

“(…) nosotros entrevistábamos en duplas interdisciplinarias, e íbamos indagando algunas cuestiones vinculadas a los ejes para la elaboración del informe y el circuito era ese, primero se hacía la entrevista, se acompañaba a la persona, se hacía el informe y después en el caso de nuestro CESAC, se armaba la articulación con alguna médica generalista o con una ginecóloga para dar curso a la interrupción, para que ella pudiera

brindar las pastillas y algún asesoramiento más. Eso un poco fue cambiando entre pandemia y otras cuestiones, otras prácticas que también se imperaban, no creo que con la pandemia ahí hubo algo de reagrupamiento y de reorganización, y con la ley de pronto dejamos de atender en duplas interdisciplinarias, y empezamos a atender individualmente” (Psicólogo 2, CeSAC).

Ahora bien, cabe señalar que su trabajo se vio aliviado en tanto no deben realizar el informe que justifique las causales de la interrupción. Además de la reducción de la carga de trabajo, esto tiene diversas implicancias: por un lado la legitimación de una práctica en salud sin riesgos de ser criminalizada, como había sucedido con varias trabajadoras del ámbito público, y a su vez implicó un cambio sustantivo respecto al rol de los equipos de salud frente a la decisión de una persona de interrumpir el embarazo. Mientras que antes las entrevistas realizadas buscaba indagar los motivos, de modo de poder dar cuenta de esa situación en el informe correspondiente, luego de la sanción de la ley ya no es necesario dar cuenta de los mismos.

Esto implica un corrimiento respecto a las prácticas de tutelaje sobre el cuerpo de las mujeres que las ciencias de la salud avaladas también en el marco jurídico-normativo han realizado durante siglos. Este lugar de autonomía en el pleno ejercicio de derechos implica una ciudadanía más ampliada para las personas con capacidad de gestar que pueden decidir sobre su propio cuerpo, sin necesidad de una autorización de un otro que habilite esa práctica.

IVE: entre las prácticas biomédicas y la salud integral

Como señalamos, en relación con los procedimientos específicos para la interrupción voluntaria del embarazo, estos no se han visto mayoritariamente modificados aún, y en el primer nivel se siguen centrando en una intervención con medicación:

“O sea, todavía si la persona pide como primera opción el AMEU por ejemplo, es como que el AMEU está siendo reciente, yo no sé si ahora hubo un cambio o no, incluso se hizo un curso de actualización después, pero tiene que haber como una falla de tratamiento previo para poder acceder a la AMEU, entonces si la persona dice no de entrada no quiero un tratamiento medicamentoso, se da como segunda opción la AMEU” (Psicóloga 3, CeSAC).

“(…) no se articuló bien el circuito para AMEU. Es el mismo recurso humano y siempre con más obligaciones, esto yo creo que en parte hace que algunas personas no quieran participar de este dispositivo también, no me queda claro que sea por objeción digamos, si es por objeción o si es por sobre exigencia, porque no es darle un ibuprofeno y nada más” (Médico Hebiatra, CeSAC).

La falta de estos dispositivos atenta contra la integralidad de una intervención basada en la decisión informada de las per-

sonas que desean interrumpir el embarazo. En este aspecto se destaca la existencia de un dispositivo ambulatorio para la atención de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en el marco de toda la CABA:

“(…) el consultorio de AMEU Ambulatorio del CEMAR 2, es una institución intermedia entre los CESAC y el hospital, hay dos en la ciudad, y esta está en Barracas en la 21-24 es un dispositivo que empezó a funcionar en abril del 2021 el 8 de abril fue la primera persona que atendimos, si bien lo fuimos construyendo desde febrero, en acción empezamos en abril de 2021” (Médica generalista, CEMAR y CeSAC).

El acceso a este dispositivo es dificultoso y muchas trabajadoras/es del primer nivel de atención de CABA no conocen de su existencia. Además este dispositivo que podría realizarse como una práctica extendida, en el sistema público de salud aparece ofertado solamente para situaciones especiales, con determinados requisitos. Frente a ello, las redes de derivación y articulación son informales y no cuentan con circuitos de referencia y contrarreferencia.

Por otro lado, también, insisten barreras institucionales e ideológicas para el acceso a IVE y falta de profesionales que puedan garantizar este derecho desde una perspectiva integral:

“En nuestro centro de salud lo referenciamos, o sea que se promueve justamente también esto, a nivel institucional, nombrar que hay solo una médica ginecóloga que receta y que indica el misoprostol. Y si no es solo esa persona, no hay nadie más que lo haga, entonces como también una estrategia en algún punto para poder garantizar que por lo menos las personas que viven cerca del área de responsabilidad del centro de salud puedan acceder a la medicación, bueno se tomó como esa decisión y se invita a las personas a que puedan ir a los lugares más cercanos en sus casas o donde trabajan o donde sea” (Psicóloga 6, CeSAC).

“Para mí es muy importante la calidad, que no se automaticen en que es tu derecho ya está, tenés la eco muy bien, te explico muy bien, acá está el folleto, pautas de alarma, analgesia, misoprostol. No es eso. Me parece que la consejería tiene esa calidad de acompañar esa práctica de salud, que puede abrir esos temas o no, una sabe con quien, esa gente que quiere hablar y te dice: ¡Uh yo quería contarte y pensé en tal cosa! Esta chica que le falló dos veces [el aborto con pastillas] nos decía: “les quiero contar algo que me preocupa, porque tuve sífilis y me inyectaba”. Pero no sé si, bueno la gente se siente en confianza, si quiere hablar que hable, después vemos cómo sigue la parte de la IVE. Pero digo, me parece que no hay que perder esa calidad de atención, porque a veces en pos de la cantidad de que es IVE que ya no hay la cantidad, si querés la conversación sea como automático” (Psicóloga 5, CeSAC).

En ese sentido, el escenario invita a pensar las intervenciones de los profesionales no médicos en este proceso. A su vez, en algunos casos, la centralidad de la medicación para lograr esta práctica en el primer nivel, genera un riesgo en relación a la burocratización del aborto en tanto entra dentro de la lógica del modelo biomédico que jerarquiza las intervenciones medicalizadas por sobre otras y va en detrimento de acompañamientos feministas basados en el acceso a la salud en forma integral.

Reflexiones finales

Las prácticas de cuidado en torno a la salud sexual, reproductiva y (no) reproductiva están atravesadas por iniciativas impulsadas por los equipos de salud que desde hace años intentan promover actos de salud basados en la perspectiva de derechos humanos con enfoque de género.

En este recorrido han propiciado diversas modalidades de consejerías amorosas y dialógicas. También han trabajado articuladamente entre efectores facilitando estrategias colectivas en materia de consolidar respuestas efectivas, no burocráticas, ni tutelares frente a demandas vinculadas con el derecho a una sexualidad integral.

Los procesos de formación y capacitación promovidos por los equipos también fueron fundamentales para promover prácticas de salud feminista. En el momento actual, los equipos de salud tienen el reto de sostener y mejorar la accesibilidad de las mujeres y disidencias a la salud sexual integral desde un horizonte de exigibilidad de ciudadanía plena.

BIBLIOGRAFÍA

- Baez, J. (2019) Escenas contemporáneas de la educación sexual en Latinoamérica: una lectura en clave feminista. *Mora (Buenos Aires)*, 25(1), 1-3.
- Brown, J.L. (2014) *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Teseo.
- Galindo, J. (2018) Latinoamérica feminista. *El País*, 23(10), 2018.
- Lenta, M.M., Maldonado, S.E., Longo, R.G., & Zaldúa, G. (2020) Intersecciones entre psicología social comunitaria y feminismos: reflexiones a partir de experiencias de Investigación Acción Participativa. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 31(2), 238-252.
- Longo, R.G., Moschella, R., Pawlowicz, M.P., & Zaldúa, G. (2011) Significaciones y prácticas de las y los trabajadoras de la salud vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la zona sur de la CABA. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Longo, R., Tortosa, P. y Zaldúa, G. (2022) Derechos sexuales y (no) reproductivos en la CABA. En Zaldúa, G., Bottinelli, M. y Lenta, M. (coords.). *Salud mental comunitaria y pandemia* (pp. 99-110). Buenos Aires: Teseo.



Longo, G., Lenta, M., Joskowicz, A. y Tortosa, P. (2021) Equipos de salud: entre la precarización y el reconocimiento. Zaldúa, G. y Bottinelli, M. (coord.) *Territorios, equipos y narrativas en situación: experiencias desde la investigación acción participativa* (pp. 13-26). Buenos Aires: Teseo.

Zaldúa, G., Bottinelli, M. y Lenta, M. (2022) *Salud mental comunitaria y pandemia*. Buenos Aires: Teseo