

Interrupción Legal del Embarazo: nudos críticos de las intervenciones de psicólogas/os en Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva.

Lenta, María Malena, Longo, Roxana y Zaldúa, Graciela.

Cita:

Lenta, María Malena, Longo, Roxana y Zaldúa, Graciela (2020). *Interrupción Legal del Embarazo: nudos críticos de las intervenciones de psicólogas/os en Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva. Anuario de Investigaciones, 25 (1), 95-104.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/329>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/uv4>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO: NUDOS CRÍTICOS DE LAS INTERVENCIONES DE PSICÓLOGAS/OS EN CONSEJERÍAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

LEGAL PREGNANCY'S INTERRUPTION: CRITICAL KNOTS ON PSYCHOLOGISTS INTERVENTIONS ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH'S COUNSELING

Lenta, M. Malena¹; Longo, Roxana G.²; Zaldúa, Graciela³

RESUMEN

Las restricciones en el acceso a abortos seguros constituyen inequidades en el acceso a la salud integral de las mujeres basadas en las discriminaciones de género. Desde el marco de la teoría feminista, la epidemiología y la psicología social comunitaria crítica, este estudio tiene el objetivo de analizar los nudos críticos identificados por los/as psicólogos/as que participan en equipos de salud en servicios del subsistema público en el marco de la Interrupción Legal del Embarazo. Con un enfoque de investigación cualitativa y de género, se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo con 7 psicólogas y 5 profesionales de equipos interdisciplinarios de Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva con las que se realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales. En los resultados se identificaron los obstáculos económicos, institucionales y disciplinarios; la decisión como derecho de las mujeres; y, las innovaciones y soportes de las prácticas comprometidas.

Palabras clave:

Aborto - Género - Feminismo - Psicología

ABSTRACT

Restrictions on access to safe abortions constitute inequities in women's access to comprehensive health based on gender discrimination. From the framework of feminist theory, epidemiology and critical social community psychology, this study aims to analyze the critical knots identified by psychologists who participate in health teams in public subsystem services within the framework of Legal Interruption of Pregnancy. With a qualitative and gender research approach, an exploratory-descriptive study was developed with 7 psychologists and 5 interdisciplinary team professionals from Sexual and Reproductive Health Ministries with in-depth interviews and focus groups. In the results, the economic, institutional and disciplinary obstacles were identified; the decision as a right of women; and, the innovations and supports of the committed practices.

Key words:

Abortion - Gender - Feminism - Psychology

¹Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Cátedra de Psicología Preventiva. UBACyT. E-mail: malena1917@gmail.com

²Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Cátedra de Psicología Preventiva. UBACyT.

³Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Cátedra de Psicología Preventiva. UBACyT.

1. Introducción

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo es una demanda histórica gestada y promovida por el movimiento de mujeres y el feminismo que en 2018 encontró un lugar relevante en la agenda pública como componente de los derechos humanos. Se trata de un debate que trasciende el ámbito de los asuntos privados y las creencias personales. Conforman un entramado de demandas del movimiento feminista y de mujeres y un sector de profesionales comprometidos con la salud colectiva que interpela a la sociedad en general y al propio sistema de salud, en particular, constituido sobre la base de un imaginario netamente masculino (Bellucci, 2015; Bruno, 2016).

Barrancos (2014) afirma que, en el siglo XIX, toda la arquitectura de la ciencia se constituyó sobre los pilares del racionalismo que buscó dilucidar los misterios del mundo mediante el dominio de la naturaleza y el orden burgués, que hizo una fragua sobre la división de esferas, la jerarquización de las "razas" y la subalternización social de las mujeres. La organización hospitalaria moderna que se estableció sobre la base del poder médico, con horarios matutinos estrictos y con el objeto central del binomio madre/hijo, configuró un orden misógino que restringió la participación activa de las mujeres tanto en los espacios de poder y de toma de decisiones en dos planos. Por un lado, limitó el lugar de las mujeres en el diseño de las políticas de salud y en las jefaturas de los servicios, lo que ha impactado en los derechos de igualdad de oportunidades de las profesionales mujeres. Mientras que, por otro lado, también incidió en limitación de las propias prácticas de cuidado de sí, en su calidad de usuarias del sistema de salud.

En el campo de la salud, la mirada hacia las inequidades de género y la problematización del patriarcado como institución de orden y control que produce desigualdades en el acceso a la salud es una perspectiva que se ha incorporado parcialmente y en tiempo reciente (Dowson y Weintraub, 2016; Schraiber y d'Oliveira, 2014; Pozzio, 2014; Saletti-Cuesta, Delgado y Ortiz-Gómez, 2014). La perspectiva de género en el campo de la salud instaló la crítica a la tajante dicotomía entre el espacio público y privado. A su vez, permitió la discusión de aspectos que corresponden a la toma de decisiones en relación al cuerpo, a la sexualidad, a la reproducción y a la no reproducción de las mujeres. Este debate permite visualizar los dispositivos y prácticas históricas empecinadas en disciplinar los cuerpos con capacidad de gestar. Y da cuenta de los procesos de producción de la vulnerabilidad de las mujeres constituidas como un grupo social atravesado por el orden estructural patriarcal en el que se inscriben normas, hábitos y símbolos que, en términos generales, no se cuestionan, y subyacen a las reglas institucionales y sociales (Young, 2010; Klinger & Bosch, 2005; Inhorn & Whitte, 2001).

Casas y Vivaldi (2013) señalan que el aborto es una práctica que tiene lugar en el cuerpo de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Por lo tanto, las limitaciones en el acceso a abortos seguros constituyen una discrimina-

ción de género en el campo de la salud y los derechos humanos inscripta en el orden patriarcal. Asimismo, reconocen elementos de desigualdad por clase, en tanto son las personas gestantes de menores ingresos las que cuentan con menos posibilidades de acceder a un aborto -aun cuando sea clandestino- y mayores probabilidades de ser criminalizadas. Otros aspectos de desigualdad están constituidos por la edad (adultas o adolescentes), la zona geográfica (urbana o rural) y el nivel socio-educativo de las mujeres.

Los abortos inseguros vulneran los derechos humanos de las personas gestantes, tales como el derecho a la vida y a la integridad física y psicológica. A esto, se suman condiciones de maltrato y agresión psicológica de quienes practican el aborto en muchos de los servicios de salud, y del riesgo a ser penalizadas judicialmente. Por lo cual, la cuestión del aborto se constituye en una problemática que interpela tanto las políticas de salud, como a los programas, servicios y equipos que desarrollan prácticas vinculadas al aborto. En este sentido, la demanda por la ampliación de la ciudadanía de las mujeres se ha basado en el reconocimiento de las mismas como sujetas capaces de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su capacidad procreativa frente a las inequidades sociales (Brown, 2016).

La inequidad es una categoría relevante para desarrollar las investigaciones con enfoque de género en el campo de la salud. Según Breilh (1996) se trata de una categoría social que expresa las contradicciones sustanciales de poder que enfrentan los grupos existentes en una sociedad, donde la apropiación y reproducción del poder ocurre en tres dominios: las relaciones de género, las relaciones sociales (de clase) y las relaciones étnicas.

Desde esta mirada relacional, comprender al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado implica incluir en el análisis las relaciones sociales vigentes, imaginarias, del pasado, etc. en tanto sistema de relaciones que se entrecruzan y se atraviesan entre sí. Por ello, al trabajar en salud sexual y reproductiva y derechos humanos se estudian las relaciones que operan entre los diversos actores significativos que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, tal como lo proponen los estudios de género (Menéndez, 2010).

Las dimensiones epistémicas de la epidemiología crítica, la psicología social comunitaria crítica y la teoría feminista (Zaldúa, 2016; Zaldúa, Longo, Lenta y Sopransi, 2011) contribuyen a problematizar situaciones naturalizadas y/o interpretadas ideológicamente como subproductos inevitables del orden social de exclusión y las responsabilidades individuales: violencias, abusos, adicciones, etc. En particular, se resemantizan aquellos espacios donde el lugar de la precarización y fragilización de algunas vidas y la abyección en relación a la norma heterosexual o los estereotipos socioculturales, son constitutivas de nuevas prácticas alternativas, en las grietas institucionales. Los desafíos a contextos prefigurados de invisibilización o estigmatización de las diferencias y los nuevos posicionamientos subjetivos interactivos suponen prácticas implicadas desde los/as trabajadores/as de

la salud en los efectores públicos (Zaldúa, Bottinelli, Longo, Soprani y Lenta, 2012).

2. El escenario contemporáneo del aborto a nivel global y local

A principios del siglo XXI, más de tres cuartas partes de la población del mundo vive en países en donde el aborto por voluntad de las mujeres, por factores sociales y económicos y por motivos médicos amplios, es legal (países europeos, además de algunos países de lo que se llamó el bloque socialista). Para cerca de 15 por ciento de la población mundial, el aborto está permitido únicamente para salvar la vida de la mujer (en este grupo están la mayoría de los países islámicos, casi todos los de América Latina y África). Y casi el 10 por ciento de la población del mundo vive en países en donde el aborto está prohibido bajo todas las causales. Particularmente, en la región de Centroamérica y el Caribe, donde las mujeres llegan a ser condenadas a 30 años de prisión incluso en casos de abortos espontáneos (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Según la OMS (2017), entre 2010 y 2014, se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45 por ciento de todos los abortos) cada año. La mayoría de ellos (97 por ciento) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina.

Las consecuencias de legislaciones restrictivas configuran una práctica discriminatoria y de injusticia social que propicia un mercado clandestino y viola los derechos humanos de las mujeres, especialmente de las más pobres (Guillaume y Lerner, 2006). Tradiciones legales, políticas y culturales propias de los países latinoamericanos hacen del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, un núcleo estratégico en el proceso de ciudadanía de las mujeres pues se torna un punto en el que se condensan una serie de tensiones y conflictos, tanto ligados al orden de la cultura patriarcal como al orden del derecho (Ciriza, 2007). En este sentido, no se pueden obviar ciertas tensiones que se presentan al analizar la libertad reproductiva de las mujeres cuando existen significaciones y prácticas sociales que tienden a categorizar el cuerpo de las mujeres como instrumento de vida, de libertad, de proyecto y, al mismo tiempo, como objeto de posesión colonialista, racista y misógina (Gargallo, 2009).

Actualmente sólo tres países en América Latina contemplan el aborto legal: Cuba, Puerto Rico y Uruguay. Los estudios realizados por la OMS (2016) muestran que en los países donde se ha legalizado el aborto, ha habido una caída significativa en el número de procedimientos. Por ejemplo, en Uruguay, se estimaba que se realizaban 33.000 abortos clandestinos al año antes de la legalización en 2012. Y los nuevos datos del Ministerio de Sanidad indican una reducción de este número a 7.000.

Según datos de la OMS (2013), en Uruguay en 2013, un año después de la legalización del aborto, la tasa de muertes vinculadas al embarazo, parto y aborto resultó la más baja de América Latina, con 14 muertes cada 100.000 nacidos vivos. A partir de estos datos se puede observar que la legalización del aborto no aumenta los mismos, sino que evita la realización de éstos de forma insegura y

clandestina, reduciendo así la muerte de las mujeres. Esta discusión demuestra lo importante que es que el estado ofrezca a las mujeres libertad para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y que garantice su seguridad en lugar de criminalizar.

Históricamente en el campo de la salud de las mujeres se privilegió la vida fértil, heterosexual y las diferentes etapas del embarazo, parto y el puerperio. Particularmente, en Argentina, esta visión centrada en el sintagma “mujer= madre” y justificada en posiciones demográficas y religiosas tuvo su expresión clave en el Decreto 659/74 del gobierno de Isabel Perón que prohibió el expendio de anticonceptivos. Siguió vigente en la dictadura militar y fue derogado con el advenimiento democrático en el año 1984. En 1985, Argentina suscribió a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) comprometiéndose a implementar políticas para eliminar las discriminaciones a las mujeres en los ámbitos políticos, sociales y económicos. En las últimas décadas, el concepto de derechos reproductivos ingreso al ámbito de los derechos humanos de las mujeres. Fueron claves los resultados de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995), ya que ambas configuran procesos normativos que se enmarcan en los derechos humanos y, especialmente, en el derecho a la salud. En 1995, el documento firmado en la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing reafirmó el contenido del artículo 825 de El Cairo, agregando la recomendación de que los países revisasen las leyes que penalizan a las mujeres cuando se someten a abortos ilegales. En el año 2000 la Plataforma de Acción de Beijing mencionó la necesidad de revisar las leyes que penalizan la práctica del aborto inseguro, y recomendó que los gobiernos implementen la indicación acordada en El Cairo, acerca de que los profesionales sean entrenados, y los servicios, equipados debidamente.

En este proceso, Argentina ha sido signataria de compromisos en los ámbitos internacional, regional y nacional, que responsabilizan a los gobiernos por la implementación de políticas, programas y acciones tendientes a lograr la disminución de las muertes de mujeres gestantes. Algunos de estos compromisos han dado lugar a planes nacionales y/o provinciales. En octubre de 2002, se sancionó la Ley Nacional 25.673 que originó la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y en octubre de 2006 se aprobó la Ley Educación Sexual Integral (N 26.150).

A pesar de las existencias de diversas legislaciones, la mortalidad de mujeres gestantes -el más antiguo- y la fecundidad adolescente -un desafío emergente-, siguen siendo un problema de salud pública, cuyos niveles elevados se han mantenido. En la última década, la mortalidad por aborto aumentó en las mujeres menores de 15 años (Ministerio de Salud de la Nación-MSAL, 2016). Según un informe de Amnistía Internacional (2018), esta situación deriva de los obstáculos de las mujeres en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los abortos seguros en Argentina, lo que cons-

tituyen una violación grave a los derechos humanos. Nuestro país, hasta el momento, adhiere al modelo de indicaciones o causales en función del cual el aborto se encuentra penalizado excepto en determinados casos. Desde el año 1921, el artículo 86 del Código Penal de la Nación establece excepciones a la punibilidad del aborto: a) en caso de peligro para la vida de la mujer; b) en caso de peligro para la salud de la mujer; c) en caso de violación. Sin embargo, luego de décadas de debate en torno a la interpretación de dicho artículo, el 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó una sentencia muy importante para la salud de las mujeres en virtud del caso “*F.A.L. s/ medida autosatisfactiva*”, con el objeto de terminar con las prácticas de judicialización y/o demora al acceso al aborto legal. Para ello ratificó las tres excepciones señaladas, indicó la prescindencia de la judicialización para el acceso al derecho y exhortó a las autoridades de todas las jurisdicciones a aprobar protocolos sanitarios para garantizar la realización de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE)¹.

En junio de 2015, el MSAL publicó en su página web un “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” que actualiza la información médica, bioética y legal contenida en una Guía Técnica publicada anteriormente. Este instrumento constituye una herramienta fundamental para que, dentro del sistema de salud, el equipo interdisciplinario -principalmente médicas/os, psicólogas/os y trabajadoras/es sociales- reciban las solicitudes de interrupciones de embarazos comprendidos en el artículo 86 del Código Penal, es decir, aquellos que son considerados como abortos no punibles, realicen una evaluación de la situación y garanticen la interrupción del embarazo de manera segura y en el menor tiempo posible. Este proceso implica la provisión de información adecuada sobre las prácticas de interrupción, el desarrollo de estudios médicos pertinentes pre y pos aborto y la práctica de interrupción en sí². Resulta fundamental el rol de los/as profesionales

¹Hasta junio de 2018, no todas las jurisdicciones contaban con protocolos adecuados. Solo 9 de las 25 jurisdicciones de todo el país han adherido al Protocolo Nacional o cuentan con protocolos que se ajustan en buena medida a los criterios establecidos por la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Otras 8 provincias dictaron protocolos que incluyen requisitos que dificultan el acceso de mujeres a servicios de aborto seguro y a los cuales tiene derecho acceder. Y, finalmente, 8 jurisdicciones restantes no cuentan con normas locales. El escenario se plantea tan complejo que, en la práctica, en función de la jurisdicción en que le haya tocado nacer a una mujer o niña, ésta podrá ejercer su derecho de acceso al aborto o no. Pero incluso dentro de las 9 jurisdicciones en donde existen los protocolos, su implementación es errática, llegando las mujeres a acceder al derecho luego de consultar por al menos dos instituciones del sistema de salud con anteriores, las cuales no brindaron respuestas adecuadas a la normativa (ELA, CEDES y REDAAS, 2018).

²La OMS reconoce dos modalidades seguras de interrupción de embarazos: la técnica de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) que debe ser desarrollada por un profesional médico y el método medicamentoso en el que se utiliza la droga misoprostol que puede realizarse fuera del ámbito hospitalario, siguiendo un protocolo de aplicación. En ambos casos debe realizarse estudios y acompañamiento pre y pos aborto.

de salud mental para garantizar el acceso a ILE, escuchando a las mujeres y detectando los casos que se encuadran en las causales que nuestro marco legal contempla, incluso cuando ellas mismas no reconocen su derecho (Perrota, 2016).

Si bien el nuevo protocolo establece que es de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional en todas las instituciones de salud, el documento carece de estatus de resolución ministerial, al igual que las versiones de 2007 y 2010, y no ha sido acompañado por una estrategia firme que promueva su amplia difusión y aplicación por parte de las autoridades federales. No obstante, el no contar con un protocolo no debería ser impedimento para que las mujeres, niñas y personas gestantes accedan a su derecho a un aborto legal en tanto está previsto por el derecho argentino.

Distintas investigaciones han sido pioneras en el estudio de la mortalidad de las mujeres gestantes y en el rol de los equipos de salud para el acceso a abortos seguros entre los que se destacan los de Llovet y Ramos (1988), Checa y Rosenberg (1996) y Faur, Mercer y Ramos (2003). Recientemente se han desarrollado otras investigaciones que abordan el papel de los equipos de salud la ILE. Para Gómez y Couto (2017) las prácticas de los/as profesionales de la salud son un locus privilegiado de análisis de las posibilidades, resistencias y dificultades que se observan en la garantía de un aborto. Berra (2014) y Berra y De Lellis (2016) señalan que es necesario identificar los conocimientos y opiniones de las/os profesionales del campo de la salud para reducir barreras en el acceso de las mujeres a interrumpir legalmente el embarazo. En relación al trabajo de las/os psicólogas/os en las prácticas profesionales vinculadas a las interrupciones de los embarazos en el marco normativo de ILE, Perrota (2015, 2016) estudió la relevancia de las intervenciones psicológicas para evitar incurrir en un acto de violencia contra las mujeres desde el sistema de salud, más particularmente, de violencia contra la libertad reproductiva; mientras que Deza (2017) analizó el lugar del discurso analítico de los psicólogos en consejerías interdisciplinarias de pre y post aborto en el primer nivel de atención en disputa con otros discursos disciplinares. López (2017) estudió las tensiones entre la ética y la moral de las/os psicólogas/os implicadas en los encuadres terapéuticos y/o profesionales relacionados con la interrupción legal del embarazo. En este marco surgen interrogantes en relación a ¿cuáles son los nudos críticos que enfrentan los/las psicólogos/as en los equipos de salud en las ILE? ¿Cuáles son las tensiones disciplinares que operan ante la problemática? ¿Qué estrategias colectivas se implementan?

3. Estrategia metodológica

En función del problema planteado, se desarrolló una investigación exploratoria descriptiva con el objetivo de analizar los nudos críticos identificados por los/as psicólogos/as que participan en equipos de salud en servicios del subsistema público, en relación al acceso a la interrupción del embarazo, en el marco de la ILE.

Para ello se trabajó desde un enfoque cualitativo y femi-

nista de investigación. La investigación feminista supone conocimientos responsables, comprometidos con valores y proyectos emancipatorios, antiautoritarios y participativos (Haraway, 1993). Define muchos de sus problemas desde las perspectivas de las mujeres y otros grupos históricamente acallados y subalternizados (Santarell, 2017). Diversas investigaciones feministas y cualitativas enlazadas con una concepción participativa reconocen la necesidad de ubicar a las mujeres como sujetos sociales activos (Burin, 1993). Para Denzin y Lincoln (2014), la investigación cualitativa consiste en una serie de prácticas interpretativas y materiales que hacen al mundo visible. Ello implica que las investigaciones cualitativas se desarrollan en escenarios naturales y, en el proceso de conocer, convierten al mundo en una serie de representaciones pues involucra la producción y el uso estu­dioso de una variedad de materiales empíricos que describen tanto rutinas y momentos significativos como significados presentes en la vida de los sujetos participantes. Sobre la economía interna de la investigación, para Minayo (2015) la comprensión -sustantivo central en este abordaje- antecede a la interpretación. Es decir, la narrativa ya viene originariamente interpretada por la experiencia y por la vivencia de los participantes. El/la investigador/a, a partir de un análisis transversal de sus hallazgos, debe construir una narrativa científica que supere el discurso individual o de sentido común, y que haga emerger las estructuras de reproducción social y los signos de transformación.

Este enfoque plantea la necesidad de que el/la investigador/a cualitativo/a tenga en cuenta que su subjetividad y la de quien se estudia forman parte del propio proceso de entendimiento de la realidad, por lo que también es objeto de investigación; que existe en consecuencia un efecto de reciprocidad y de reflexividad en cualquier estudio cualitativo; que la investigación cualitativa nunca es neutra, aunque deba siempre primar la búsqueda de la objetivación a través del uso correcto de cada paso metodológico del proceso; que se deben evidenciar la variabilidad de perspectivas del grupo estudiado; que los participantes tienen puntos de vista y prácticas diferentes a causa de sus perspectivas sociales e historia personal; y que el/la investigador/a es responsable de la interpretación pero siempre a partir de su material primario que produce con las/os investigandas/os.

En este marco se implementaron 7 entrevistas en profundidad a psicólogas que trabajan en espacios de Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) que intervienen en la garantía de la ILE en instituciones públicas de salud (4 en Centros de Acción y Salud Comunitaria -Cesac- de la CABA, 2 en hospitales de la CABA y 1 en un hospital del Gran Buenos Aires) y que participan de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir³ enmarcada en la

³La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir se creó el 28 de mayo de 2014 en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres impulsada desde la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Actualmente alrededor de 1000 profesionales de la salud de diversas disciplinas a lo largo de todo el país forman parte de la red. La red surge para viabilizar y visibilizar un derecho conquistado: El dere-

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito⁴. En las mismas se interrogó sobre los siguientes tópicos: historia y particularidades del dispositivo, características de la población que concurre, tipo y modalidad de participación en el equipo interdisciplinario, especificidad de las intervenciones de las psicólogas en relación a la ILE, obstáculos y facilitadores para la garantía de la ILE.

A su vez, se realizaron 3 grupos de discusión con las psicólogas participantes del estudio y 5 miembros de los equipos interdisciplinarios en los que participan (2 médica y 3 trabajadoras sociales). Allí se abordaron las siguientes cuestiones: situación legal actual sobre el aborto en Argentina, obstáculos y facilitadores institucionales de la ILE y obstáculos y facilitadores de los equipos en la ILE.

En función del tipo de investigación se trabajó con los siguientes criterios de validación (Minayo, 2015): auditabilidad y credibilidad. La auditabilidad se logró mediante la desgrabación de los audios en donde se registraron los encuentros con las participantes y la sistematización de las notas de campo, que fueron compartidas y discutidas entre las investigadoras. La credibilidad se alcanzó a partir de la discusión e interpretación del material producido en encuentros con otros investigadores y en instancias colectivas con las propias participantes.

4. Resultados

Las narrativas de las participantes dieron cuenta de un conjunto de nudos críticos considerados como problemas, tensiones y desafíos a abordar en sus prácticas para la garantía de la ILE. Especialmente, en este artículo, se destacan aquellos que interpelan al trabajo específico de las/os psicólogas/os dentro los equipos interdisciplinarios de las Consejerías de SSyR: los obstáculos económicos, institucionales y disciplinares; la decisión como derecho de las mujeres; y, las innovaciones y soportes de las prácticas comprometidas.

4.1. Obstáculos económicos, institucionales y disciplinares

En los últimos años, desde diferentes equipos de salud, especialmente en dispositivos en el ámbito público, se

cho a la garantía de acceso a Abortos No Punibles. Derecho conquistado desde lo legal, desde 1921, Art 86 del código penal (CAUSALES). Uno de los objetivos principales de la red fue establecer la conexión entre las/os profesionales de la salud de las diferentes provincias de nuestro país para garantizar la ILE. Y establecer la unificación de criterios de abordaje y la garantía de información en todos los rincones del sistema de salud.

⁴La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito se fue gestando al calor de la participación de las mujeres en los Encuentros Nacionales de Mujeres con la conformación en el año 2003 de la Asamblea por el derecho al aborto en un espacio que juntaba a las/os activistas que acompañaban la demanda de legalizar el aborto en Argentina. Fue lanzada el 28 de mayo de 2005, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, como una amplia y diversa alianza federal que articula y recupera parte de la historia de las luchas por el aborto legal, seguro y gratuito. La consigna que identifica a la Campaña "Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir" pone el eje en una importante amplificación de derechos igualitarios marcando la importancia de la inescindibilidad de los mismos.

han promovido Consejerías en SSSyR que consisten en una estrategia integral con la finalidad de brindar información oportuna a las usuarias, facilitar la autonomía en las decisiones y promover acciones en la comunidad con el fin de que las usuarias desarrollen vidas sexuales saludables y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2009).

Desde el fallo F.A.L. en 2012 han sido los espacios asistenciales en los que se ha brindado de manera prioritaria el acceso a la ILE en el Área Metropolitana de Buenos Aires, tanto en hospitales como en Cesacs. Sin embargo, se han visibilizados diferentes obstáculos en la garantía de la ILE:

“El equipo es interdisciplinario nació con esa misión digamos, pero dadas las condiciones de falencias en recursos humanos y objetores de conciencia y de falta de personal sobre todo en ginecología y medicina genera, el equipo queda medio vaciado” (Lara, psicóloga, Cesac)

“(...) por suerte muchas de las mujeres todos estos años han podido pagarla, o han hecho un esfuerzo sobre humano de conseguir la medicación, porque la verdad que ese es el mayor obstáculo o traba. En un momento también organizamos Redes, antes de la Red de Profesionales, estaba la Red del Oeste, que ahora se convirtió en la Red de Profesionales del Oeste, y sino también armar derivaciones más informales” (Clara, psicóloga, hospital)

“Cuando vienen siendo víctimas de violencia institucional es un derrotero de consultas y de haber pasado por gente que le saco guita y no pudieron resolverlo y vienen acá y lo que cuesta ese ingreso en la confianza. Porque después de todo lo que pasó va a pensar que este equipo va a resolverlo el problema. Por qué va a confiar en que nosotros vamos a resolver el problema. Entonces eso es un obstáculo. Es un obstáculo que viene asociado a la clandestinidad y todo el negocio que hay alrededor del aborto clandestino” (Samantha, psicóloga, Cesac)

Como se observa en las narrativas, los obstáculos hacen parte de la crisis del sistema de salud como, por ejemplo, la falta de profesionales que limita el trabajo interdisciplinario, la falta de medicamentos por partes de las instituciones de salud que restringe el acceso de las personas gestantes a su derecho en función de su capacidad económica, pero también, las modalidades violentas de las instituciones que, muchas veces, hacen caso omiso a las normativas sobre ILE, vulnerando el derecho a la salud de las mujeres, con lo que producen su revictimización a través de la violencia institucional. Esto coincide con diversas investigaciones (PNUD, 2018; OPS, 2010; OPS, 2007) que sostienen que es sustancial, para terminar con las brechas de género en el acceso a la salud, garantizar la disponibilidad y accesibilidad económica, física y segura, la aceptabilidad y calidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas que funcionen plenamente sin discriminación alguna (Huenchuan, 2011). Asimismo, estos obstáculos develan la necesidad de trabajar con políticas públicas integrales de SSSyR y derechos huma-

nos con la población y las propias instituciones, detectando las restricciones existentes en el acceso a los servicios de salud de índole ideológica, moral o religiosa. Para lo cual es necesario recurrir a procesos dialógicos, al trabajo en equipo y de consejerías que contemplen las desigualdades de género, las diferencias de costumbres y culturas existentes.

A su vez se identificaron otros obstáculos en el campo mismo de la práctica profesional de la psicología, que interpelan la formación disciplinar:

“Los psicólogos necesitamos darnos cuenta de que los problemas que nos ocupan. No es que nos ocupan solamente el deseo de la gente, nos ocupan problemáticas ligadas a, por ejemplo, un embarazo no deseado, los métodos anticonceptivos fallan, las mujeres con edad fértil, o las personas con capacidad de gestar o con edad fértil podemos quedar embarazadas en cualquier momento”. (Clara, psicóloga, hospital),

“Yo creo que claramente tiene que ver con la formación individualista que nos dan, muy descontextualizada, (...) claramente hay que deconstruir toda nuestra formación y darle otra mirada, es re necesario”. (Teresa, psicóloga, Cesac)

“Además, tengo que patologizar la decisión de la mujer, se juegan un montón de tensiones en donde uno quiere por un lado generar que sea más accesible la llegada de esa mujer que después nos corre el reloj en contra porque nos rechazan el informe y hay que rehacerlo y siguen pasando las semanas y después de las veinte semanas en el hospital no se hacen interrupciones” (Mora, psicóloga, Cesac)

Por un lado, las narrativas dan cuenta de la necesidad de repensar los marcos teóricos en el trabajo con las mujeres que solicitan una ILE. Además de ser comprendidas como sujetas deseantes, las personas gestantes que acceden a las consejerías requieren de otros abordajes disciplinares como es el de la prevención y la promoción en salud. De este modo, se procura la acentuación de procesos de educación sexual con recursos para el cuidado y el disfrute del cuerpo, de la sexualidad y de la salud en los que se trabaje sobre los mitos y prejuicios sobre las sexualidades. En este sentido se interpelan las prácticas de cuidados que se amparan en paradigmas tutelares y cosificadores (Zaldúa, Longo, Lenta, Sopransi et al. 2015). Por otro lado, se observa cómo los requerimientos institucionales y de otros campos disciplinares tensionan las prácticas psicológicas instando a la referencia de marcos teóricos que psicopatologizan las demandas de interrupción como camino eficaz para garantizar el acceso a la ILE. Esto interpela dilemáticamente a las profesionales, teniendo que recurrir a estrategias legitimadoras, pero a las que no adscriben, para garantizar el derecho de las mujeres.

Frente a la mirada psicopatológica y a la reducción del cuerpo de la mujer como cuerpo reproductivo, cobra fuerza explicativa el rol de las condiciones de vida patriarcales y las relaciones desiguales de poder que regulan la subjetividad (Cabruja-Ubach, 2017). La mirada sobre cómo los procesos sociales, históricos y culturales construyen

y transforman las sexualidades de varones y mujeres es necesaria para generar condiciones de equidad en el acceso a las oportunidades en salud, educativas y culturales, lo que deviene una prioridad para cualquier política integral de atención, promoción y garantía de los derechos humanos.

4.2. La decisión como derecho de las mujeres

Las consejerías constituyen un recurso reflexivo en situaciones de dilemas o crisis biográficas (inicio sexual, VIH - SIDA, violencia sexual, prevención de embarazos, embarazos inoportunos, etc.). Respecto de tales situaciones, las prácticas referidas por los equipos de salud se orientan a facilitar que las personas adquieran y desarrollen sus capacidades para tomar las mejores decisiones posibles en función de sus proyectos de vida. Allí, las/os profesionales psicólogas/os como parte de los equipos interdisciplinarios que conforman las consejerías, desempeñan un papel específico en la garantía del derecho a la ILE:

“Las pacientes, en general, las que vienen, vienen decididas a interrumpir, y después tenés las menos, que ahí también me parece que es un rol fundamental en esta disciplina, que es acompañar esa decisión (...) Desde salud mental tratamos de ser objetivas y de acompañar la decisión, y esto se ve reflejado en las pacientes” (Clara, psicóloga, hospital)

“Se la escucha a la mujer para ver cuáles son sus necesidades (...) en la consejería se le brinda a la mujer toda esta información para que ella pueda decidir, algunas vienen con esta cuestión puntual de que quieren interrumpir, y otras vienen porque no lo quieren tener y no saben qué hacer con una situación de cierta soledad, no tienen sostén afectivo”. (Teresa, psicóloga, Cesac)

“Nosotras acompañamos esa situación, no autorizamos nada. No hace falta autorizar nuestra mirada moralizante, sino incurrimos en una iatrogenia. Me parece que una mirada y una escucha amorosa, atenta que evalúe la singularidad del caso y la enmarque en un histórico social. La mayoría deciden volver. Porque encuentran un trato amoroso, de contención y de alojar preguntas que tienen. Se sienten bien. Nosotras apuntamos a que todos los equipos de salud sean de esa manera, amigables” (Mora, psicóloga, Cesac)

Las narrativas dan cuenta del proceso de escucha, acompañamiento e información para la decisión de interrupción del embarazo que procuran las profesionales. Se busca desmoralizar la decisión y habilitar la palabra más allá de la situación del embarazo puntual:

¿Qué es lo que se interrumpió en la vida de esa paciente? O que este acto, o esta decisión desesperada o como se venga a inscribir en el caso de cada paciente, tenga una interrupción, que sea un antes y un después de una vida caracterizada por las violencias, que sea un antes y un después de situaciones que tienen que ver con repetición de duelos. (Clara, psicóloga, hospital)

(...) después de tres entrevistas ella dijo; “en mi historia de vida esto me marca para poder hacer algo diferente, a mí me dejaron en banda, y ahora yo no quiero hacer lo mismo”,

la piba decidió, iba a conseguir un hogar donde vivir con su hijo, iba a seguir estudiando. También hay que entender que la mujer puede decidir otra cosa. (Samanta, psicóloga, Cesac)

La comprensión de la decisión en la interrupción como un derecho de las mujeres en las intervenciones psicológicas, habilita múltiples sentidos: interrupción de un embarazo no deseado, no buscado o inoportuno, pero también, interrupción de una situación de violencia de género, interrupción de una situación de la tutela de otros, etc. Esto habilita también la posibilidad de que las mujeres puedan tomar decisiones sobre sus trayectorias de vida y proyectos más allá de la situación del aborto.

La teoría feminista y el concepto de género en el campo de la salud nos permiten visibilizar cómo afecta la diferencia sexual a las trayectorias de vida de las mujeres, más allá los patrones exclusivamente biológicos y psicopatológicos. Desde esta mirada se cuestiona a los dispositivos tutelares que vulneran los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y derechos reproductivos y no reproductivos (Arias, 2006; Fernández y Tájler, 2006). Considera a la sexualidad como a una construcción simbólica, social y subjetiva compleja cuyo desarrollo se imbrica con los procesos de ciudadanía. De esta manera, la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones reproductivas y no reproductivas cobra un papel nodal (Rosenberg, 2017; Burin, 2012; Lagarde, 1998).

4.3. Innovaciones y soportes para las prácticas comprometidas

Las prácticas profesionales pueden ser consideradas como un analizador de las disputas morales e ideológicas que se registran a nivel social e institucional sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre su (no) reproducción. Las prácticas de los/as profesionales frente a las mujeres y el aborto, enuncian las contradicciones y complejidades que implica la incorporación de un enfoque de derechos y de género en el campo sanitario, construido desde una visión hegemónica biomédica y patriarcal (Gómez, 2016). Los relatos de las entrevistadas dan cuenta de la necesidad de ampliar sus campos disciplinares, oportunidades educativas, formativas y adecuar el sistema de salud para acoger sus necesidades de atención específicas y resolver la formación deficiente en materia de educación sexual integral y perspectiva de género:

“Me parece que a esta altura es obligatorio que los profesionales de la salud mental estemos formados en perspectiva de género. Psicoanálisis con perspectiva de género o la línea que cada uno siga, pero formación en feminismo y perspectiva de género tenga porque tenemos que tener la información correcta para poder intervenir de manera correcta en cada situación”. (Teresa, psicóloga, Cesac)

“Si hay un montón de cuestiones que reveer tanto personales, como profesionales desde la formación”. (Mora, psicóloga, Cesac)

El enfoque de salud sexual reproductiva y no reproductiva, abre un campo frondoso de problematización e inno-

vacación en lo que respecta a las prácticas profesionales que desarrollan los y las trabajadoras de la salud, como también los equipos. Las diversas trayectorias profesionales permiten analizar los vínculos entre la formación y los recorridos laborales y sociales que influyen en la adscripción de ciertos modelos, prácticas e itinerarios profesionales.

Como señalan las narrativas, deben incluirse enfoques teóricos y prácticos innovadores que complementan, interrogan o reemplazan los adquiridos en la formación profesional. Al mismo tiempo, resulta necesario generar procesos reflexivos en el orden personal en tanto se trata de una problemática con una fuerte tensión moral y hasta religiosas que recientemente ha comenzado a discutirse en el orden público:

"(...) la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir (...) es un espacio de profesionales que en este momento es Federal, hay profesionales de todo el país, se funda en el 2014, funciona (...) con intercambio de recursos, estrategias, ayuda en momentos de actividades". (Clara, psicóloga, hospital)

"(...) pensábamos (...) si el debate actual por el aborto había incidido sobre la práctica. Yo no sé si incide directamente al nivel de las mujeres que se acerca a la consulta, pero sí a nivel de los compañeros (...) hay compañeros que nunca se habían preguntado por estas prácticas, o con los que sabías que, si hablabas esto en la cocina del centro de salud, se daban vuelta y se iban. Y empieza a haber una mínima curiosidad, está como más habilitado, que puedan venir a hablar y hasta derivarnos mujeres, me parece que algo de esto sí se está moviendo en el último mes y medio". (Teresa, Psicóloga, Cesac)

El desarrollo de espacios colectivos como la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir operan creando un lazo social que fortalece tanto las prácticas como de las estrategias políticas de ILE. La incidencia de ésta y otras redes y espacios colectivos han promovido el debate social en torno al aborto cuyo resultado vuelve sobre los dispositivos del sistema de salud sosteniendo el proceso reflexivo de otras/os profesionales que no participan de los espacios de consejerías e impacta significativamente en el cuestionamiento de la ordenación de los servicios y campos disciplinares que han invisibilizado históricamente las desigualdades de género.

5. Reflexiones finales

Este estudio pretendió abordar los nudos críticos en la garantía de la ILE desde la perspectiva de las prácticas psicológicas que se desarrollan en equipos interdisciplinarios de Consejerías de SSyR.

Uno de los nudos identificados fue el de los obstáculos económicos, institucionales y disciplinares cuya centralidad identificó barreras en las políticas sanitarias y sus recursos escasos para el sistema de salud en general que profundiza las brechas de género. A su vez las visiones biológicas y patriarcales, tanto a nivel institucional como disciplinar, que sesgan el encuentro con la Otra, respecto de sus necesidades y demandas, constituyen otra barrera

a sortear pues revictimiza a las mujeres y personas gestantes que requieren la ILE.

También se observan situaciones dilemáticas en la garantía de la ILE. Tensiones de otros campos disciplinares e institucionales instalan requerimientos de patologización de las mujeres en desmedro de las intervenciones psicológicas que legitiman las prácticas de ILE a partir del análisis de la situación crítica de las mujeres y sus relaciones interpersonales que obturan la posibilidad de investimento de la gestación.

Frente a ello se refiere a la necesidad de ampliar los dispositivos de promoción y prevención en SSyR que cuestionen a las modalidades de planificación en los diferentes niveles de atención, a partir de la inclusión de la perspectiva de género y derechos humanos. En este aspecto emerge con relevancia el nudo referido a la demanda de interrupción y el lugar que se le da a la decisión de las mujeres, desde las prácticas psicológicas enmarcadas en las consejerías. La decisión comprendida como derecho de las mujeres habilita procesos de resignificación de la propia historia de vida y cambios en las biografías que van más allá de la situación del embarazo y su interrupción.

Estas prácticas que se conciben como innovadoras en la garantía de ILE, comprometidas con los derechos sexuales y reproductivos y no reproductivos, permiten y requieren también de la problematización de las formaciones disciplinares de grado, sus límites y la pregnancia de enfoques a-históricos, a-sociales y patriarcales, así como también, la elucidación de los propios posicionamientos personales naturalizados. La pertenencia a la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir es soporte de lazo social que habilita el reconocimiento inter-pares y de prácticas y saberes en un contexto social que instaló en la escena pública la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Este debate, a su vez, vuelve sobre otros profesionales del campo de la salud y habilita nuevos soportes para las prácticas innovadoras.

BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional (2018). *El estado de situación de la interrupción legal del embarazo. Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos*. Buenos Aires, Argentina: Amnistía Internacional.
- Arias, S. (2006). *Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista*. Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Madrid, Estado Español: Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Barrancos, D. (2014). Género, profesiones de la salud y sociedad, *Salud Colectiva* 10 (3), 297-299
- Bellucci, M. (2015). *Historia de una desobediencia aborto y feminismo*. Buenos Aires, Argentina: Capital Intelectual.
- Berra, A. (2014). Acerca del acceso de las mujeres al aborto no punible desde una perspectiva de género y salud, *Actas del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 358:361.

- Berra, A. y De Lellis, C. (2016). Conocimientos y opiniones sobre la interrupción legal del embarazo, *Actas del VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 35-38.
- Breilh, J. (1996). *El Género Entrefuegos. Inequidad y esperanza*. Quito, Ecuador: Paz y Miño.
- Brown, J. (2016). El aborto en cuestión: la individuación y juridificación en tiempos de neoliberalismos. Sexualidad, Salud y Sociedad, en *Revista Latinoamericana*, (24), 16-42.
- Bruno, A. (2016). "Derechos Sexuales y Reproductivos, un camino recorrido", en Korol, C. (Coord.) *Feminismos populares Pedagogías y políticas*. Buenos Aires, Argentina: El Colectivo.
- Burin, M. (2012). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1
- Burin, M. (1993). *Mujeres y Salud Mental: un estudio acerca de los estados depresivos en mujeres de mediana edad*. Tesis de doctorado, Buenos Aires, Argentina: Biblioteca de la Universidad de Belgrano.
- Cabruja-Ubach, T. (2017). Violencias de género de las disciplinas "Psi" y crítica feminista: Indignad@s con las prácticas científicas que construyen la locura (aún) en el siglo XXI, en *Annual Review of Critical Psychology* 13, 125:129.
- Casas, L. y Vivaldi, L. (2013). "La criminalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres", en *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*. Santiago de Chile, Chile: Universidad Diego Portales.
- Checa, S. y Rosenberg, M. (1996). *Aborto Hospitalizado: una cuestión de derechos reproductivos, un problema de Salud Pública*. Buenos Aires, Argentina: El Cielo por Asalto.
- Ciriza, A. (2007). "¿En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas de la abstracción del cuerpo real y el derecho a decidir", en: *Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/hoyos/19Ciriza.pdf>
- Dawson, V. y Weintraub, M. (2016). Aborto y violencia de género: Percepción y decisiones de las mujeres, en *Liminales. Escritos sobre psicología y sociedad*, 33 (1), 33-54.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2014). *Manual de investigación cualitativa. Tomo IV*. Barcelona: Gedisa.
- Deza, M. (2017). El aborto como problema de salud. Una experiencia en el primer nivel de atención, *Actas de IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 352-353.
- ELA, CEDES y REDAAS (2018). *Argumentos para el debate sobre el aborto en Argentina*. Disponible en: http://www.ela.org.ar/a2/objetos/contenido/dsp_adjunto.cfm?codcontenido=3054&codcampo=20&aplicacion=app187&cnl=15&opc=49
- Faur, E., Mercer, D. y Ramos, S. (2003). *Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Unicef - MSAL. Disponible en <http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Salud/2001/4263.pdf>
- Gargallo, F. y Celentani, G. (2009). A propósito de un feminismo propiamente nuestro americano, en *Estudios de Filosofía Práctica e Historia de las Ideas* 11, 13-18.
- Gómez, A. (2016). Tensiones entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto, en *Salud Colectiva* 12 (1), 151:155.
- Gómez, A. y Couto, M. (2017). Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay, en *Descentrada*, 1(2), 15: 21. Disponible en <https://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view>
- Fernández, A.M. y Tájér, D. (2006). "Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres", en Checa, S. (Comp.) *En Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Guillaume, A. y Lerner, S. (2006). *El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*. París, Francia: CEPED.
- Haraway, D. (1993). "Saberes situados: el problema de la ciencia en el feminismo y el privilegio de una mirada parcial", en Dubois y Cangiano (comp.). *De mujer a género*. Buenos Aires, Argentina: CEAL. Disponible en: <http://epistemologiascriticas.files.wordpress.com/2011/04/harawayconocimientos-situados.pdf>
- Huenchuan, S. (2011). *La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos*. Santiago de Chile, Chile: Serie Población y Desarrollo. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población de la CEPAL.
- Inhorna, M. y Whittle, H. (2001). Feminism meets the "new" epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Sciences & Medicine*, 53, 553-567.
- Kingler, I. y Bosch, M. (2005). Materiales formativos para incorporar la perspectiva de género en salud. *Eur J Womens Stud*, 12 (3), 377-395.
- Lagarde, M. (1996). "La multidimensionalidad de la categoría de género y del feminismo, en Metodología para los estudios de género", en González Marín, M. (coord.). Ciudad de México, México: Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Llovet, J. y Ramos, S. (1988). La práctica del aborto de mujeres de sectores populares de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: CEDES.
- López, G. (2017). La ética y la moral del psicólogo: algunas reflexiones sobre el accionar del psicólogo en torno de un caso de aborto no punible, en *Actas del X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 366-370.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Minayo, M.C. (2015). Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa, en *Salud Colectiva* 13(4), 561-575.
- MSAL (2016). *Línea base de salud y adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: MSAL.
- OMS (2017). *En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

- OMS (2013). *La salud en 2013: un recuento del trabajo de la OPS/OMS en las Américas*. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1273:la-salud-2013-un-recuento-trabajo-ops-oms-americas&Itemid=229
- OPS (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla*. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1503%3A2009-la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&catid=3344%3Agender&Itemid=40517&lang=es
- OPS (2010). *Género y salud: una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf>
- Paredes Cruz, E., Alvarado Zuñiga, C., Chávez, M. y Lazo Rojas, M. (2016). Invisibilidad de la violencia de género por el personal de salud en el primer nivel de atención, en *Revista Médica Electrónica*. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/invisibilidad-violencia-genero-personal-salud/>
- Perrotta, G. (2015). Dificultades en el acceso al aborto no punible en el sistema de salud: una forma de violencia de género. El rol del psicólogo/a, en *Actas VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 335-338.
- Perrotta, G. (2016). Formas de violencia contra las mujeres ejercidas en el sistema de salud: Rol del psicólogo/a, en *Actas VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 88-91.
- PNUD (2018). *Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. Disponible en: http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD_InformedeGenero_2018.04.04.pdf
- Pozzio, Ma. (2014). El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México, en *Salud Colectiva*, 10 (3), 325-337.
- Rosenberg, M. (2017). La práctica del aborto, sus agentes, sus efectos, en Meler, I. (Comp.) *Psicoanálisis y género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Saletti-Cuesta, L., Delgado, T. y Ortiz-Gómez, T. (2017). Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI, en *Salud Colectiva* 10(3), 313-323.
- Santarelli, M. (2017). "Consideraciones teórico-epistemológicas iniciales para una investigación con perspectiva de género. Las significaciones de las mujeres en torno a sus experiencias de aborto medicamentoso", en *Revista IISE* 9 (9), 51:62.
- Schraiber, L. y Oliveira, A. (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña, en *Salud Colectiva*, 10 (3), 301-312. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000300002&Ing=es&tIng=es.
- Valls, C. (2018). "La salud de las mujeres es aún invisible para la ciencia". Disponible en http://ajuntament.barcelona.cat/lafabricadelsol/sites/default/files/fds_carme_valls_cast_0.pdf
- Young, I. (2010). *Justice and the Politics of Difference*. New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M. y Sopransi, M. (2011). Significaciones y prácticas de las y los trabajadores de la salud vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la zona Sur de la CABA, en *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 121:126.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Longo, R., Sopransi, M., & Lenta, M. (2012). Exigibility and justiciability from territorial epidemiology: An initial construction with communal actors, en *Anuario de investigaciones*, 19(1), 85-96.
- Zaldúa, G. (2016). *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires, Argentina: Teseo.
- Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M., Sopransi, M. y Joskowicz, A. (2015). Diversidades sexuales y derecho a la salud. Dispositivos, prácticas y desafíos en la exigibilidad, en *Anuario de Investigaciones* 22, 153:159.

Fecha de recepción: 10 de marzo de 2018
Fecha de aceptación: 8 de octubre de 2018