



Universidad Nacional de Lanús

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Salud Mental Comunitaria

Las mujeres y el itinerario del aborto

La práctica voluntaria del aborto y sus efectos en la subjetividad, en usuarias que se atendieron en el primer nivel de atención en salud de la zona de Bajo Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2017-2018.

Lic. Marcela Williams

Director: Dr. Gustavo Parra

19 de Marzo de 2021

Resumen

Esta investigación describe y analiza el proceso subjetivo vivenciado por mujeres que practicaron voluntariamente un aborto participando del espacio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva de un efector de salud estatal del primer nivel de atención, en la zona de Bajo Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el periodo 2017-2018. El abordaje es cuantitativo y cualitativo, predominando este último. La investigación tomó como referencia conceptos teóricos provenientes del campo de la Salud Mental Comunitaria, de los Estudios de Género y del Psicoanálisis con perspectiva de género. Para rastrear el impacto emocional y los efectos psíquicos posibles de realizar una interrupción voluntaria de un embarazo en un contexto de legalidad restringida, se realizaron entrevistas en profundidad a diez mujeres. Se pudo concluir que un embarazo no deseado confronta a las personas gestantes con un dilema subjetivo que transforma su vida cotidiana y cuya resolución implica un trabajo psíquico. El aborto delimita un evento en la biografía de una persona que constituye un antes y un después de esa experiencia. La manera de afrontar ese dilema dependerá de cada mujer en particular, de su clase social, de su historia personal y de sus recursos materiales y simbólicos. En dicho proceso existen elementos que pueden generar o potenciar padecimiento o alivio subjetivo, entendiendo el sufrimiento psíquico no desde una perspectiva patologizante sino como parte constitutiva del proceso de humanización. Los ejes que se han estudiado en este proceso son: la importancia de la temporalidad subjetiva; la posibilidad o no de expresar y construir un relato de lo vivenciado; las diversas emociones y sentimientos experimentados; la diferencia de atravesar el proceso en soledad o en compañía; la importancia de un equipo profesional capacitado y accesible. Se concluye además que la experiencia del aborto re-organiza los vínculos significativos e impacta en la vida sexual de las mujeres.

Palabras Clave: Aborto, Subjetividad, Salud Mental, Género, Patriarcado.

Abstract

This investigation describes and analyses the subjective process of women who voluntarily went through an abortion having the aid of the *Consejería en Salud Sexual y Reproductiva* in a primary and public health service centre located in the neighbourhood “Bajo Flores” in the city of Buenos Aires between 2017 and 2018. Both a quantitative and qualitative approach have been applied, having a predominance in the latest. The theoretical framework for this research comes from Community Mental Health field, Gender Studies and Psychoanalysis with a gender perspective. In order to study the emotional impact and the possible psychic consequences of going through a voluntarily pregnancy interruption in a restricted legal context, in-depth interviews were carried out with ten women. It was concluded that an unwanted pregnancy confronts these women with a subjective dilemma that transforms their everyday life, whose resolution requires a psychic treatment. Abortion constitutes a turning-point event in the life of a person. How a woman faces this dilemma will depend on herself, her social class, her personal history and her material and symbolic resorts. In this process, there are elements that may produce or enhance suffering or relief, taking psychic suffering as a constitutive part of humanity and not understanding it from a pathological perspective. The axes taken into account in this study are: the importance of subjective temporality, the possibility or impossibility to express oneself and build a personal narrative, the undergone emotions and feelings, the difference in going through this process alone or accompanied, the importance of a reachable and qualified professional team. Among the conclusions, it is highlighted that an abortion restructures affective bonds and affects women’s sexual life.

Key words: Abortion, Subjectivity, Mental Health, Gender, Patriarchy.

Agradecimientos

A mi compañero de ruta y aventuras que estuvo a mi lado en todo el camino y fue testigo de todo el proceso escuchando mis avances y realizando sus atinados aportes, a mis dos hijas que validaron mi certeza de que la maternidad es posible solo cuando es deseada. A mis amigas/os, compañeros/as y colegas que me escucharon y apoyaron.

A mi director de tesis: el Dr. Gustavo Parra por su sabiduría y paciencia, por aconsejarme en infinidad de oportunidades siempre generoso compartiendo su saber, por respetar mis tiempos y posibilidades, por escuchar mis múltiples dudas y dificultades. A la Mg. Alejandra Lo-Russo que se sumó y me acompañó como co-directora una parte del proceso con sus observaciones y señalamientos, generándome preguntas con sus reflexiones y enriqueciendo mi perspectiva con sus aportes. Tuve la suerte de ser acompañada en esta investigación por dos excelentes docentes e investigadores, pero principalmente excelentes personas.

Agradezco además a mis referentes teóricos: Alicia Stolkiner, Ana María Fernández, Débora Tajer, Irene Meler y tantos/as otros/as. Tuve la fortuna de aprender de todas/todos ellas/ellos, escuchando sus clases, leyéndolas, intercambiando pensamientos. Un particular agradecimiento a la Dra. Tajer y a la Dra. Meler, quienes me sugirieron bibliografía respecto al tema. Toda mi admiración hacia estas mujeres que allanaron mi camino y el de tantos/as otros/as.

Agradezco además a todos los/as docentes y compañeros/as de cursada de la Maestría junto con quienes aprendí tanto en un clima de alegría, compromiso y solidaridad. Agradezco a mis compañeros/as de los diversos trabajos que he tenido en mi recorrido profesional, de quienes aprendí y aprendo cotidianamente, a trabajar junto con otros/as, en equipo, que hace más liviano lo engorroso de nuestra inserción profesional.

Finalmente un agradecimiento especial a ellas, las mujeres que accedieron generosamente a ser entrevistadas aportando con sus palabras, emociones y silencios. Sin ellas, nada de esto hubiera sido posible.

Índice

-Introducción

-Aspectos metodológicos

-Capítulo 1: “¿De qué hablamos cuando hablamos de aborto?”

- 1.- Un poco de historia
- 2.- Algunos números y estadísticas para tener en cuenta.
- 3.- Legislación respecto del aborto en Argentina y en el mundo.
- 4.- Movimiento feminista y organizaciones sociales.
- 5.- El aborto como un problema de Salud Pública.
- 6.- La subjetividad femenina moderna y los nuevos modos de subjetivación del género femenino

-Capítulo 2: “El Centro de Salud y el barrio”

- 1.- Conociendo el territorio: caracterización de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 - 1.1.- Norte y Sur de CABA, una histórica inequidad
 - 1.2.- Situación de Salud de la población de CABA
 - 1.3.- Sistema de Salud de CABA: organización, recursos y efectores
- 2.- El “Bajo Flores”
 - 2.1.- La memoria del barrio
 - 2.2.- Comuna 7: una Comuna heterogénea
 - 2.3.- Hacia el Sur del barrio: el Hospital Piñero
- 3.- La Villa y el Centro de Salud
 - 3.1.- La “1.11.14”
 - 3.2.- Descripción del CeSAC 40
- 4.- Acerca de la Salud Sexual y Reproductiva en el “Bajo Flores”
 - 4.1.- Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva
 - 4.2.- Equipo ILE del CeSAC 40
 - 4.2.1.- Algunos indicadores del acceso a ILE en el CeSAC
 - 4.2.2.- Caracterización de usuarias que accedieron a ILE en el CeSAC

-Capítulo 3 “La dimensión subjetiva de la interrupción voluntaria del embarazo. Impacto emocional y psíquico del proceso de IVE”

1.- Los abortos

1.1.- Caracterización de las entrevistadas

2.- Itinerario de un aborto: los tiempos del aborto

2.1.- ¡Novedades!: lo inesperado

2.2.- El dilema: la construcción de una decisión

2.3.- Vivencias respecto a la realización del acto del aborto

2.4.- ¿Y ahora qué hago con esto? El producto del aborto y nuevos dilemas

2.4.1.- Ver o no ver: That is the question

2.4.2.- Aborto y ritos funerarios

2.4.3.- La ecografía

2.5.- Post-aborto: el después

3.- Sufrimiento psíquico vs patologización del aborto

3.1.- Emociones, Stress y Alexitimia

3.2.- Sentimiento de culpa vs responsabilidad subjetiva

3.3.- Dolor y duelo

3.3.1- Otros/as bebés/as, otros embarazos

3.4.- Alivio y liberación: abortos libertarios

4.- El sistema de salud y los abortos

4.1.- Relación con el efector de salud y el equipo ILE

5.- La marea verde: perspectiva de derechos. Legal y legítimo

5.1.- El equipo ILE del como agente garante de derechos

6.- Los abortos y la sexualidad

6.1.- “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”

7.- Los vínculos y relaciones sociales en el proceso del aborto

7.1.- El amor después del aborto

7.2.- El aborto y la violencia machista

7.3.- Las otras: sororidad en el aborto

7.4.- Soledad y Silencio

7.5.- Narraciones propias: tomar la palabra y dar testimonio

-Reflexiones finales

-Anexos

-Bibliografía

Nómina de Abreviaturas

AMEU: Aspiración manual endouterina

ASIS: Análisis de situación de salud

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CeSAC: Centros de Salud y Acción Comunitaria

GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

ILE: Interrupción Legal del Embarazo

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

MAC: Métodos Anticonceptivos

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

Introducción

El presente trabajo es la tesis final de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, y su realización es un requisito para la obtención del Título de Magister en Salud Mental Comunitaria.

El tema elegido para desarrollar la investigación fue la práctica voluntaria del aborto y sus efectos en la subjetividad. Por ello, el objetivo general pretendió describir y analizar el proceso subjetivo vivenciado por mujeres que practicaron voluntariamente un aborto participando en la Consejería Integral en Salud Sexual y Reproductiva del CeSAC 40 de la zona de Bajo Flores durante el periodo 2017-2018.

Es preciso mencionar que tanto la elección del tema como la delimitación del lugar del estudio no fueron decisiones azarosas y, por lo tanto explicitar algunas cuestiones respecto a mi interés y motivación por abordar esta temática. Por mi condición de mujer habitando un mundo donde aún es hegemónica una cultura patriarcal, y por mi interés particular en el cruce entre género y salud es que encuentro de importancia indagar el proceso subjetivo que recorre una mujer cuando toma la decisión de interrumpir un embarazo no deseado en un contexto de ilegalidad. A lo largo de muchos años ejerciendo mi profesión me ha tocado y he elegido acompañar a muchas mujeres que decidieron abortar. Las escuché, vi sus caras y sus gestos, soporté sus silencios y fui testigo de las dudas y en muchas ocasiones del dolor. No ha sido una tarea fácil.

Al comenzar mis primeros pasos profesionales, hace varios años ya mientras desarrollaba mi concurrencia en un hospital estatal en CABA y trabajaba en programas sociales, el acompañamiento a las mujeres que querían abortar era en voz baja. Se orientaba en secreto con algún dato susurrado, con temor y confusión en muchas ocasiones. Recibí varias veces la sugerencia de no registrar en las historias clínicas la situación de aborto ya que implicaba un “delito”. Aborto iba de la mano con clandestinidad, tanto para la persona que decidía abortar como para el/la profesional que acompañara.

Luego de a poco, muy de a poco, la situación fue cambiando. En el hospital empecé a escuchar acerca de una medicación que simplificaba el proceso de abortar y reducía el riesgo para la salud de las mujeres. Se comenzaba a hablar en voz alta y a nombrar con nombre propio el dilema que atravesaban muchísimas mujeres. Recuerdo con alegría comenzar mi ejercicio profesional en un Centro de Salud perteneciente al primer nivel de atención y ser testigo de la tarea de equipos profesionales que decidían alojar una demanda tan antigua como urgente. Las mujeres se acercaban al centro de salud y pedían ayuda. Fui y soy parte de ese proceso de construcción colectiva de trabajadores/as de la salud comprometidos/as cotidianamente con el ejercicio concreto de los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes, aun a riesgo de enfrentar causas penales.

El aborto como un tema tabú se presentó muy tempranamente en mi vida. Por circunstancias particulares de mi biografía personal, toda mi escolaridad la realicé en colegios católicos. Aún recuerdo con nitidez las imágenes de un documental sobre aborto con el que torturaban a adolescentes con información falsa y las nefastas clases de catequesis que inoculaban certezas que destilaban culpa y represión. La doctrina católica y su ideología marcaron mi cuerpo. Durante muchos años tuve terror y pánico a un embarazo no deseado. Si hubiera tenido acceso a una educación sexual integral (ESI), a equipos de salud sexual y profesionales con perspectiva de género, seguramente hubiera transitado una adolescencia y juventud más libres. En mi historia particular ha sido un largo y arduo proceso subjetivo de deconstrucción lanzar por la borda esos pesados lastres de mandatos religiosos y patriarcales.

Esta investigación se realizó con la siguiente hipótesis de trabajo como brújula: un embarazo no deseado produce una crisis subjetiva, un encuentro con un dilema ético a resolver, que reorganiza la vida de las mujeres que lo atraviesan. La manera de afrontar ese dilema dependerá de cada mujer en particular, de su clase social, de su historia personal, de sus recursos materiales y simbólicos; y además dependerá del país que habite y sus regulaciones jurídicas y de la respuesta del sistema sanitario. La legalización del aborto y la implementación de políticas públicas que garanticen el acceso seguro, legal y gratuito sin dudas implicará un avance en todo sentido para la vida de las mujeres, pero el dilema al que se enfrentan las mujeres ante

embarazos involuntarios no se agota ahí. El aborto voluntario no es un acto neutro, tiene consecuencias y efectos singulares para cada mujer. Se considera que existen algunos elementos del proceso que producen o potencian sufrimiento psíquico y otros en cambio que generan alivio subjetivo. Los relatos en primera persona acerca de la experiencia del aborto son elementos privilegiados en esta búsqueda.

Entendemos el proceso de aborto como un problema complejo, por lo tanto para reflexionar sobre dicha problemática debemos abrir la mirada al abanico de determinantes entrelazados que constituyen este fenómeno (Morín, 1997). Desde esta perspectiva comprendemos que la práctica voluntaria del aborto está constituida por un entramado complejo de elementos en interrelación dinámica, cuya capacidad de expresarse fenoménicamente de determinada forma depende de diversos factores y de la forma en que ellos se relacionan entre sí.

La investigación se apoyó y tomó como referencia los conceptos teóricos provenientes del campo de la Salud Mental Comunitaria, de los Estudios de Género y conceptos provenientes del campo del Psicoanálisis con perspectiva de género.

El trabajo de campo se realizó en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 40 (en adelante CeSAC), CABA, perteneciente al área programática del Hospital Piñero, durante el transcurso de dos años. La elección de esa institución fue motivada por el hecho de que me desempeñé como psicóloga de planta del equipo de salud en dicho CeSAC y formo parte del equipo ILE (en adelante Interrupción Legal del Embarazo) lo que hizo viable la realización de la investigación en dicho efector.

A lo largo del proceso del trabajo de campo surgieron variadas demoras y contratiempos. Fue necesario consensuar con el equipo de trabajo del centro de salud ciertos criterios acerca de la selección de las usuarias que serían entrevistadas. Además, fue necesario solicitar autorización a la jefatura del CeSAC y jefatura del Área Programática del Hospital Piñero. Para poder realizar la investigación también fue necesario solicitar la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Piñero. Los resguardos éticos y consentimientos informados fueron evaluados y aprobados por dicho Comité y por el Ministerio de Salud de GCBA. Todos estos pasos formales además de

la dificultad para la concreción de las entrevistas llevaron su tiempo y generaron mayor demora de la deseada para la realización de esta tesis. A todo lo anterior debe añadirse la pandemia desatada por COVID-19 en nuestro país y en el mundo que generó una transformación radical del sistema de salud y por ende de todos sus efectores, incluyendo los centros de primer nivel de atención que debieron abocarse a un trabajo agobiante y descomunal para afrontar la pandemia.

En el trabajo de campo se sistematizaron y analizaron 188 historias clínicas y se tomaron 10 entrevistas en profundidad a lo largo del año 2019 a usuarias que habían consultado al espacio de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del CeSAC en los años 2017-2018. Cabe señalar que fue arduo y difícil acceder a las mujeres debido a múltiples factores: cambios de teléfono y/o datos para contactar a las mujeres; dificultad de las mujeres para disponer de un tiempo para la realización de la entrevista; dificultad para hablar del tema; etc. Cada una de las entrevistadas firmó un consentimiento informado y accedió voluntariamente a la entrevista. Las entrevistas se realizaron de manera cuidada y respetuosa con cada mujer que amable y generosamente accedió a ser entrevistada, garantizando los principios de confidencialidad y anonimato.

Es necesario aclarar que algunas observaciones, reflexiones y conclusiones de esta investigación tendrán como soporte las entrevistas realizadas, su análisis y además mi experiencia de años como psicoanalista en consultas, tratamientos de pacientes en diversos ámbitos y como integrante de un equipo ILE en un efector de salud estatal. Este trabajo es fruto y producto de la fusión de ambos campos: la investigación y la clínica.

En el primer capítulo nos aproximamos a la problemática del aborto desde diversos ángulos: desde una mirada histórica, jurídica, médica, política y social. Así, se realiza un recorrido histórico que demuestra que la práctica abortiva ha existido desde siempre en todo el mundo, con diversas maneras de significarla según el contexto. También se analizan algunas estadísticas a escala mundial y local que permiten dimensionar la elevada frecuencia del recurso del aborto y la gravedad de la problemática para la vida y salud de las mujeres si se realiza en condiciones inseguras en contextos de ilegalidad. Se revisa además la legislación internación, nacional y local respecto al aborto y a

la salud sexual y reproductiva de personas gestantes, mujeres, adolescentes y niñas. Al mismo tiempo que se describen los movimientos sociales y feministas globales, regionales y locales que han logrado visibilizar, sensibilizar e instalar socialmente la urgencia de la legalización del aborto en nuestro país, generando debates necesarios en el parlamento y en las calles para lograr la ampliación de derechos de las mujeres. En este primer capítulo además se argumenta que el aborto debe ser considerado un problema de salud pública y se caracteriza el surgimiento del dispositivo de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva que dan respuesta al problema del aborto en el ámbito de la salud pública en todo el país. Para ello, se menciona que el procedimiento medicamentoso del aborto a través del uso del misoprostol ha generado un salto cualitativo constituyéndose en una herramienta segura, efectiva y accesible. Finalizando el capítulo nos acercamos al objeto de nuestro estudio a través de un recorrido y mención de algunas categorías conceptuales sobre el proceso de construcción de la subjetividad femenina moderna y tradicional y las transformaciones en modos transicionales e innovadores de subjetivación del género femenino en la actualidad. Se considera que el estudio de la experiencia subjetiva de la práctica voluntaria del aborto puede aportar elementos para reflexionar sobre estas transformaciones.

En el segundo capítulo se ubican las coordenadas temporales y espaciales de la investigación: se caracteriza la localidad y la institución de salud. Se describen las características geográficas, demográficas, económicas, sociales, históricas y sanitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (señalando las evidentes inequidades entre el sur y norte de la ciudad) y particularmente del barrio donde se sitúa la investigación: la Villa 1.11.14 de la zona de Bajo Flores. También, se describe el funcionamiento del CeSAC N° 40 y del Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero", hospital de referencia del CeSAC donde se centra la investigación. Además, se caracteriza a la población que se atiende en dicho Centro de Salud y se menciona el funcionamiento de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva en general. Finalmente se comentan las particularidades del equipo que trabaja con la temática en el CeSAC donde se realizó el trabajo de campo y se realiza un perfil socio-demográfico de las usuarias que accedieron a ILE en el período estudiado.

En el tercer y último capítulo se analiza la dimensión subjetiva de la experiencia de aborto voluntario a través de la voz de las usuarias. Para ello se caracteriza a las entrevistadas y se analizan las entrevistas realizadas. Se trabaja en este capítulo con algunos conceptos para pensar el impacto emocional y los efectos psíquicos posibles de realizar una interrupción voluntaria de un embarazo. Así, se describe la trayectoria del aborto en todos sus momentos y se analiza el vínculo de las mujeres en situación de aborto con otros/as significativos en su vida: familiares, parejas, amigos/as y con el equipo de salud. También se indaga el impacto de la ilegalidad del aborto en nuestro país para nuestras entrevistadas y se analizan los efectos del aborto en la vida sexual de estas mujeres. En este capítulo se trabaja con el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo a los fines de despatologizar el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE), pero considerando dicho proceso como el encuentro con un dilema subjetivo que implica una reorganización de la vida de las mujeres. De este modo, se identifican a partir de los testimonios algunos elementos que potencian el sufrimiento psíquico y otros en cambio que producen alivio subjetivo.

Finalmente se presentan las reflexiones finales donde se corrobora que la situación de embarazo no deseado implica para las personas gestantes un dilema subjetivo cuya resolución implica un trabajo psíquico a realizar. La trayectoria del aborto es vivida por cada mujer de manera singular. En los relatos de las mujeres entrevistadas se vislumbró la heterogeneidad de situaciones vividas por cada una de ellas, la diversidad de respuestas y reacciones ante el proceso vivido, etc. Sin embargo fue posible registrar ciertos aspectos importantes que tienen lugar en el trabajo psíquico que conlleva la IVE y que generan diferencias en la manera de realizar este recorrido: la dimensión temporal (tiempos subjetivos y biológicos), la posibilidad o no de conectarse con los sentimientos y emociones y verbalizar lo experimentado, la importancia del acompañamiento de las personas significativas y de un equipo profesional en el proceso y los nuevos dilemas que se generan luego del aborto realizado. Este trabajo corrobora lo hallado por otras investigaciones: que la experiencia de aborto no necesariamente constituye un hecho traumático, por el contrario puede generar un nivel importante de alivio subjetivo y reparar el daño psíquico ocasionado por un embarazo no deseado. Se comprueba la

madurez emocional y el ejercicio de responsabilidad de las mujeres en las decisiones respecto al proceso de aborto. Se concluye además en esta investigación que la experiencia de IVE trastoca la cotidianeidad de las mujeres: reorganiza la dinámica de sus vínculos significativos, modifica su manera de vivir la sexualidad y en algunos casos se registran cambios importantes de posicionamiento subjetivo: de víctimas de los mandatos del patriarcado a protagonistas empoderadas de su vida y su cuerpo.

Nos encontramos en un momento histórico de transformación y de cuestionamiento de los pilares centrales del patriarcado. Muy recientemente, el 30 de diciembre de 2020, el Congreso Nacional Argentino sancionó la Ley N° 27610 de “Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo” y el 15 de enero fue promulgada por parte del presidente Alberto Fernández. De esta manera se despenaliza y se legaliza una práctica que en los hechos sucede todos los días a todas horas. Es necesario aclarar que esta tesis ha sido realizada en un contexto de legalidad restringida del aborto, en un momento previo a la sanción de esta ley. A pesar del innegable avance que constituye la ley de IVE, aún muchas mujeres en nuestro país no acceden libremente a la posibilidad de elegir si continuar o no con un embarazo no planificado. La legalidad del aborto es un derecho y ha sido una deuda histórica. Los/as profesionales de la salud tenemos un rol importante y mucho para aportar en este camino. Esta investigación elige dar la palabra a ellas, a las protagonistas y a sus historias silenciadas.

Han pasado varios años desde que comenzara esta aventura de la Maestría en Salud Mental Comunitaria. Un largo camino me ha llevado la elección del tema, el desarrollo y finalización de esta tesis. En el trayecto pude elegir ser madre. El azar y la genética han querido que tenga dos deseadas hijas. Pude decidir libremente la cantidad de hijos/as que deseaba tener y el intervalo entre los nacimientos. Muchas mujeres en todo el mundo aun no acceden a estos derechos tan básicos y no han tenido el privilegio que he tenido de poder *elegir*. Ellas y mis hijas han sido el motor de esta investigación. Esta tesis está dedicada a ellas y a las futuras generaciones.

Aspectos Metodológicos

Objetivos:

Objetivo general: Describir y analizar el proceso subjetivo vivenciado por mujeres que practicaron voluntariamente un aborto participando en la Consejería Integral en Salud Sexual y Reproductiva del CeSAC 40 de la zona de Bajo Flores durante el periodo 2017-2018.

Objetivos específicos:

- 1) Caracterizar a las mujeres que interrumpieron voluntariamente el embarazo considerando edad, nacionalidad, nivel educativo, ocupación, grupo familiar conviviente y barrio de residencia.
- 2) Describir el proceso subjetivo de dichas mujeres en los diferentes momentos que constituyen la secuencia de la trayectoria del aborto: anociamiento del embarazo, toma de decisión, práctica del aborto y momento posterior a la interrupción del embarazo.
- 3) Describir la relación de las mujeres con el equipo de salud en el proceso de aborto.
- 4) Indagar los efectos psíquicos del contexto de ilegalidad del aborto.
- 5) Identificar el lugar de las relaciones sociales (de pareja, familiares, amigos/as, comunitarias, etc) en el proceso del aborto.

Propósitos:

- Aportar en el avance de la construcción de conciencia de género.
- Propiciar condiciones más favorables a la accesibilidad de mujeres que atraviesan el proceso de un aborto voluntario.
- De-construir estereotipos sobre lo femenino promoviendo relaciones de igualdad de derechos y oportunidades.
- Visibilizar y desnaturalizar situaciones de violencia que se instalan en la cotidianeidad de las mujeres, en sus decisiones sobre su vida y su cuerpo.
- Contribuir a la planificación e implementación de políticas de salud que incluyan una perspectiva de equidad de género.
- Avanzar en el empoderamiento de las mujeres en dos sentidos, tanto en el plano colectivo (sanción de leyes y cumplimiento de derechos), como en el plano individual (mayor grado de autonomía).

Tipo de diseño

El diseño de este proyecto de tesis es exploratorio-descriptivo, tanto porque se busca indagar y obtener información sobre un problema escasamente estudiado como, porque se procura avanzar descriptivamente en torno a la complejidad de la temática. Cabe destacar que se realizaron algunas reflexiones de tipo explicativas, aunque no constituyen el objetivo del proyecto. El abordaje es cuantitativo y cualitativo, predominando este último.

Fuentes de información

Para la realización del proyecto se recurrió a fuentes secundarias: libros, artículos de revistas, documentos nacionales e internacionales; legislación nacional e internacional; protocolos vigentes en salud respecto a la temática elegida; registros e historias clínicas y a fuentes primarias: entrevistas en profundidad a 10 mujeres que consultaron en el CeSAC.

Unidad de análisis, población de estudio y muestra

La unidad de análisis es la práctica voluntaria de aborto de mujeres que se atendieron en Consejerías Integrales de Salud Sexual y Reproductiva de la zona de Bajo Flores en el año 2017-2018.

La población de estudio son las mujeres que realizaron una práctica voluntaria de aborto y se atendieron en las Consejerías Integrales de Salud Sexual y Reproductiva de la zona de Bajo Flores en el año 2017-2018.

La muestra es intencional y no probabilística. En este sentido, al ser un muestreo teórico, se procuró que sea representativa, diversa y heterogénea considerando edad, nacionalidad, estado civil, grupo conviviente, etc. Dado el carácter exploratorio y cualitativo del estudio se estableció una muestra de diez casos. Cabe señalar que en el proceso de realización del trabajo de campo el número de casos se delimitó también por el criterio de saturación.

Sistema de Matrices de Datos

Teniendo en cuenta el carácter exploratorio del estudio, y el predominio cualitativo del análisis se realizó una matriz para procesar las entrevistas considerando ejes de análisis

UNIDAD DE ANALISIS	EJES
Práctica voluntaria de aborto	Anoticiamiento del embarazo
	Toma de decisión
	Práctica del aborto
	Posterior a la interrupción del embarazo

UNIDAD DE ANALISIS	VARIABLES/EJES
Mujeres que practicaron voluntariamente un aborto participando en las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva en el primer nivel de atención	Nacionalidad
	Edad
	Grupo conviviente
	Estudios
	Ocupación/Actividad
	Barrio de residencia
	Actitud frente al conocimiento del embarazo
	Construcción de la decisión del aborto
	Vivencias en torno a la práctica del aborto
	Vivencias posteriores a la interrupción del embarazo
	Relación con el equipo de salud
	Vivencias respecto al contexto de ilegalidad del aborto
	Vivencias respecto a la sexualidad
	Relación con otros/as significativos/as durante el proceso de interrupción del embarazo

Instrumentos de recolección

Para el relevamiento de la información se confeccionó una guía de entrevista semi-estructurada que permitió orientar el momento de encuentro con las mujeres. Para el relevamiento de las historias clínicas se utilizó una matriz de registro secuencial y cronológico que posibilitó reconstruir el proceso. Asimismo, se realizaron fichas de registro bibliográfico.

En primer lugar se revisaron las Historias Clínicas ya que allí se encontraban los datos de las mujeres y datos del proceso de aborto (edad, nacionalidad, nivel educativo alcanzado, fecha que consulta, si hubo violencia o no, si vino acompañada, si tuvo abortos previos, si tuvo que hacer varios intentos con la medicación para interrumpir o no, si regreso a un control post-aborto o no, etc). Los datos recogidos de las HC fueron de utilidad para orientar la selección de las mujeres que se entrevistarían luego.

Plan de análisis de la información

Se sistematizaron y analizaron 188 Historias Clínicas de usuarias y se realizaron 10 entrevistas en profundidad a 10 de ellas. El análisis es predominantemente cualitativo y, tan sólo se utilizaron registros cuantitativos en la caracterización de las mujeres que concurrieron durante el año 2017-2018 al equipo ILE del CeSAC. (Ver Anexos)

Para el análisis de las entrevistas se analizó el discurso de cada entrevistada como una unidad, valorizando la singularidad de cada historia y además se realizó un análisis integral de las diez entrevistas en conjunto revisando los puntos de convergencia y divergencia.

Capítulo 1: “¿De qué hablamos cuando hablamos de aborto?”

En este capítulo comenzaremos desarrollando una breve historia del tema del aborto, aportando también la mención y análisis de algunos números y estadísticas significativas respecto del tema. Luego, se realizará un repaso de la legislación nacional e internacional de la temática que nos ocupa. Más adelante nos detendremos en una descripción del movimiento feminista y las organizaciones sociales que se han constituido en actores/as importantes respecto del aborto. Además, se realizará un breve desarrollo del vínculo entre el sistema de salud y las mujeres, para profundizar luego en la consideración del aborto como un problema de salud pública. Por último, analizaremos la construcción de la subjetividad femenina moderna y la transformación en modos innovadores de subjetivación del género femenino que se vislumbran en la actualidad, tomando algunos conceptos que nos ayudarán a comenzar a pensar la dimensión subjetiva de la interrupción voluntaria del embarazo.

1.- Un poco de historia

El aborto es un fenómeno que ocurre a nivel mundial, en todas las clases sociales, y que afecta a personas gestantes adultas, adolescentes y, en algunos casos, niñas. La práctica voluntaria del aborto ha existido desde siempre, bajo diferentes modalidades en cada momento histórico. Según algunos estudios antropológicos, los primeros indicios de la práctica del aborto datan desde hace cuatro mil años (Bailey, 2010). Asimismo, existen registros de que el aborto estaba bastante extendido sobre todo en mujeres jóvenes en las comunidades originarias en la época de la conquista española en el territorio americano (Pigna, 2011). En cada época el aborto ha tenido diferentes significados, intereses, técnicas, han intervenidos diversos/as actores/as sociales y reglamentaciones jurídicas. Sin embargo, más allá de las diferencias epocales, ha sido una práctica regular en la vida de las mujeres a lo largo de la historia.

En la Antigüedad grecorromana, el aborto era moralmente aceptado y no era castigado jurídicamente. Era una práctica extendida en todas las clases sociales. El feto no se consideraba una entidad independiente sino que se pensaba como una prolongación del cuerpo o las vísceras de la madre. En esa época se consideraba que la vida humana comenzaba al momento del nacimiento cuando el niño respiraba y lloraba. Es muy probable que la práctica de interrupción del embarazo haya sido la manera más popular de controlar la fertilidad. Los galenos de la Antigüedad prescribían pócimas o drogas para facilitar la expulsión del feto. Por la información que se dispone de ese momento histórico se infiere que la figura de las comadronas ha tenido un lugar de importancia para ayudar y acompañar a las mujeres en dicha práctica. Eran ellas quienes daban consejos, instrucciones y recetas a las mujeres gestantes (Sebastiani, 2017). Durante siglos los asuntos respecto a la gestación (menstruación, embarazo, parto, aborto, etc.) eran considerados prácticas exclusivas de las mujeres. Esta situación retrasó la presencia de los médicos, y de los varones en general en estos “asuntos femeninos”.

Las diversas religiones han sido de importancia también al momento de pensar la historia del aborto y han presentado diferentes visiones respecto del tema. Para el judaísmo, el feto no tiene entidad jurídica hasta el momento del parto en donde se constituye como persona. En este sentido, el aborto no es punible, ni considerado un homicidio. Este es un punto importante de diferencia respecto del cristianismo. Para el pueblo hebreo puede ser lícita la práctica de abortar si existe peligro para la salud o la vida de la mujer gestante. Sin embargo, la interrupción del embarazo no está aceptada ya que el pueblo hebreo ha recibido el mandato de ser fecundo, poblar la tierra y sobrevivir.

El Islam, por su parte, prohíbe el aborto pero lo permite hasta el cuarto mes si corre riesgo la salud y la vida de la madre. Sin embargo, no puede decidirlo de forma autónoma una mujer, sino que debe tener la autorización del padre o del marido. Para el Islam, tanto la madre como el feto, deben ser objeto de tutela, pero si se presenta el dilema de elegir entre las dos existencias, se privilegia la vida de la madre, pues se considera que es una vida ya desarrollada.

A comienzos del siglo II se registra el primer documento cristiano de condena al aborto llamado *Didaché* o la Doctrina de los doce apóstoles. El

cristianismo introduce una novedad: el objeto de interés y preocupación comienza a ser el feto. Para los/as cristianos/as el embrión, y luego el feto, es una entidad autónoma que debe ser protegida y tutelada. El aborto se constituye así en homicidio y un pecado contra Dios. Durante siglos se discutirá entre los/as cristianos/as la cuestión del momento en que se produce la infusión del alma en el cuerpo. Algunos plantean que el alma está desde el inicio, por lo tanto desde la concepción (tal como lo plantea Tertuliano). En cambio, para otros, la infusión se produce en un momento posterior a la concepción (como lo señalan San Agustín y Santo Tomás de Aquino). Esta diferencia indicará desde que momento se considera el aborto un asesinato (Galeotti, 2004).

La adhesión al cristianismo se convirtió con el tiempo en un fenómeno de masas y las posiciones de la Iglesia se extendieron en varias regiones y en todas las clases sociales. En este sentido, el cristianismo tuvo una importante influencia en la opinión pública y en la regulación jurídica respecto al tema del aborto, desde la Edad Media hasta nuestros días.

A causa de los avances científicos y tecnológicos desarrollados durante el siglo XVII comienza a concebirse el feto como un ser diferente y autónomo de la mujer gestante. Tal como señala Galeotti: *“Hasta la segunda mitad del siglo XVIII siempre se dio por descontado que la decisión de interrumpir la gravidez era de exclusiva pertinencia femenina”* (2004:16). A pesar de las concepciones del cristianismo, la práctica del aborto hasta ese momento había estado siempre presente en el mundo íntimo de las mujeres. Luego, todo cambia. En la época de la Revolución Francesa y la consolidación de los estados nacionales (siglo XVIII) se produce un hito en la historia del aborto. Dicha práctica toma una dimensión pública y se convierte en un asunto del Estado. En este momento histórico comienza a construirse el dilema sobre qué vida se debe proteger, la vida de la madre o la del ser por nacer que se convertirá en un ciudadano útil en tanto soldado o trabajador (Galeotti, 2004). En este sentido las guerras y las enfermedades han tenido un lugar de importancia en la historia de la penalización del aborto, ya que los/as hijos/as comienzan a ser visualizados/as como bienes sociales y no privados. La cantidad de habitantes en épocas de pestes y guerras comienza a ser

importante para las naciones y un factor de poder. La maternidad se convierte así en un acto de patriotismo.

Es importante señalar que a lo largo del siglo XIX mientras por un lado se prohibía y penalizaba el aborto, por otro lado la medicina desarrollaba instrumentos para que las interrupciones de los embarazos fueran seguras y efectivas, protegiendo de esta manera la salud y la vida de las personas gestantes. En este proceso es necesario destacar que la figura de la comadrona comienza a desprestigiarse y se da paso al protagonismo de los médicos. La ciencia (protagonizada por varones) y las políticas de estado que comienzan a regular estos “asuntos femeninos” se apropian de saberes tradicionales desarrollados por mujeres a lo largo de siglos.

A causa de los descubrimientos científicos el embarazo comienza a ser visto como la relación entre dos seres autónomos: la madre y el nonato. La posibilidad de interrumpir el proceso genera un conflicto en la sociedad: ¿El interés de quien se debe proteger? La manera de resolución a dicho conflicto cambiará de acuerdo a la época. (Galeotti, 2004). Así, es posible establecer dos momentos históricos:

a) Desde la Revolución Francesa hasta la segunda mitad del siglo XX se privilegiará el interés del feto y se reprimirá activamente el aborto. En el siglo XIX comienza una preocupación por la disminución de la natalidad y se promulgan las primeras legislaciones sobre el aborto. Las mujeres que abortan se encuentran no solo con los riesgos para su salud y su vida que implica dicha práctica, sino también con posibles consecuencias penales. En esta época surge también un movimiento moralista preocupado por los avances femeninos y por los cambios respecto de la sexualidad.

b) En cambio desde la segunda mitad del siglo XX en adelante se comienza a tutelar el interés de la mujer. Entre la década del 50 y 60 se abre una época de profundas transformaciones: se debilitan los valores religiosos y se transforman los comportamientos sexuales. Es necesario mencionar el cambio radical que implica la aparición de los métodos anticonceptivos, sobre todo los orales: “la píldora”, en la vida de las mujeres y en toda la sociedad. Es la primera vez en la historia que las mujeres pueden acceder y apropiarse de su capacidad de procrear. La maternidad se convierte en una elección y se pueden empezar a separar la sexualidad de la procreación. Dice la

psicoanalista Martha Rosenberg: *“La posibilidad de una autonomía anticonceptiva eficaz, que opero cambios importantes en la subjetividad femenina... llevó a Eric Hobsbawn a afirmar que la revolución anticonceptiva fue la única revolución triunfante del siglo XX. Nuevas oportunidades de gozar sexualmente conjurando el fantasma amenazante de un embarazo no deseado”*. (2017:244). Por otro lado, los avances tecnológicos hacen posible que el número de habitantes deje de ser importante para el crecimiento económico y militar de una nación (creación de armamentos bélicos y de máquinas industriales que comienzan a reemplazar a los hombres). Otro elemento a tener en cuenta en este periodo es el movimiento feminista (cuyas primeras manifestaciones datan del siglo XIX) que crece y se constituye en un actor social de importancia en 1960 (sobre todo en EE.UU.). El feminismo comienza a instalar la idea del aborto como derecho de las mujeres.

En la Modernidad, la práctica del aborto se extendió en todo el mundo de diferente manera, de acuerdo a la región. En algunos lugares es legalizado, en otros se permite con ciertas restricciones, en otros se penaliza y castiga. Es necesario destacar que el primer país en el mundo que decide legalizar el aborto como política de Estado es Rusia en 1920 durante el gobierno comunista (Sebastiani, 2017). En nuestra América del Sur ha sido históricamente y hasta la fecha, más importante la protección de la vida del embrión, por sobre los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

A modo de conclusión Galeotti afirma: *“La historia del aborto en Occidente ha demostrado que el modo de enfrentar la cuestión se ha ido modificando en relación con los cambios de la ciencia y ante las necesidades del Estado, en una continua relación dialéctica con la ley moral inspirada por la tradición cristiana”* (2004:121). Hemos descripto anteriormente dos momentos históricos respecto al tema del aborto. Sin embargo, es posible decir que en nuestros días dicho dilema aún continúa vigente e irresuelto: ¿Qué interés privilegiar? El debate continúa abierto y las mujeres y personas gestantes tenemos la posibilidad histórica de hacer escuchar nuestra voz.

2.- Algunos números y estadísticas para tener en cuenta

Tomaremos la definición de la OMS sobre lo que significa un aborto: *“La interrupción del embarazo antes que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extrauterina en forma independiente. La viabilidad suele definirse en función de la duración del embarazo o del peso del feto, y en ocasiones, de la longitud de éste”* (1970:1). Desde la mirada médica los abortos se dividen en espontáneos o provocados. La Organización Mundial de la Salud considera que un aborto provocado es la consecuencia de maniobras que se realizan deliberadamente con la intención de interrumpir un embarazo. El resto de los abortos se consideran espontáneos.

Según la OMS (2018) cada año se realizan 56 millones de abortos provocados en el mundo. Se calcula que 25 millones (45%) se realizan en condiciones inseguras. Las condiciones en que esas interrupciones se realizan son distintas de acuerdo al país en que se desarrolle, siendo de vital importancia la cuestión de la legalidad o no de la práctica (Pistani, 2014). La práctica del aborto está atravesada además por dimensiones económicas, culturales, religiosas, de género, de clase, etc.

La clandestinidad del aborto continúa contribuyendo considerablemente a la carga mundial de morbilidad materna. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud define la muerte materna como: *“la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”* (OPS-OMS, 2003:139-140).

Las complicaciones debidas al aborto inseguro representaban un porcentaje estimado en 13 % del total de muertes maternas a nivel mundial para el año 2008, casi todas estas muertes ocurrieron en los países en desarrollo (Guttmacher Institute, 2012). En América Latina la cifra aumenta al 17% (Grimes, 2006). Según Singh (2018) entre 4.75% y 13.2% de las muertes maternas en el mundo son ocasionadas por abortos inseguros. De ese total la gran mayoría sucede en los países “en desarrollo”. El aborto inseguro es también una causa significativa de mala salud: cada año, aproximadamente 8,5 millones de mujeres en los países en desarrollo sufren complicaciones lo

suficientemente graves para requerir atención médica; y tres millones de ellas no reciben la atención necesaria (Guttmacher Institute, 2012).

Si bien esta problemática tiene en términos mundiales características comunes, nuestro estudio considerará las características particulares que presenta en nuestro país y más específicamente en la Ciudad de Buenos Aires. Al ser ilegal el aborto en nuestro país, su práctica se realiza en un contexto de clandestinidad¹. Por tal motivo se considera que existe un sub-registro acerca de esta problemática en las estadísticas oficiales de morbilidad de personas gestantes. Lamentablemente aun no disponemos de estadísticas certeras respecto del aborto, lo cual constituye una dificultad importante para cuantificar la problemática. Pero sí contamos con estimaciones de las organizaciones sociales e investigaciones de centros de estudios que vienen trabajando sobre este tema.

Sin embargo, y en razón de lo expuesto anteriormente, las cifras varían de acuerdo a quién informe este dato. Un estudio realizado para estimar la magnitud del aborto en Argentina indica que se practicaron entre 480.000 y 520.000 abortos inducidos anuales en el año 2004 (Pantelides, 2009). La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (organización social que se ha constituido en actor importante en la temática) calcula que la cifra va de entre 460.000 a 600.000 mujeres que recurren a dicha práctica. (Documento de la Campaña, 2015)

Diversas investigaciones concluyen que, en Argentina, la principal causa de mortalidad materna desde hace más de 30 años serían las consecuencias de los abortos inseguros (Zamberlin, 2007; Rosenberg, 2010; Ramos, 2013, Dosso 2013), muy por encima del promedio mundial (Guttmacher Institute, 2012). Según un estudio de Andrea Berra (2016) las causas de muerte materna no han variado en los últimos 15 años, siendo las complicaciones asociadas a aborto la principal causa. Esta autora plantea que la proporción de muertes maternas por aborto en nuestro país (24%), es más del doble de la estimación que la Organización Mundial de la Salud ha efectuado para toda la región (11%) en el año 2010.

¹ En Argentina el aborto hasta el año 2020 era considerado un delito y existían excepciones que habilitaba a la legalidad del aborto. Al respecto nos detendremos posteriormente.

En este sentido, se estima que 300 mujeres mueren cada año en nuestro país por causas relacionadas con el aborto inseguro, embarazo, parto y puerperio (Ramos, 2013). Se calcula, además, que entre los años 2007 a 2011 las muertes por embarazos terminados en aborto resultaron el 23,2% del total de muertes maternas (Romero, 2013). Según estadísticas oficiales, en el año 2015, ocurrieron 336 muertes en nuestro país por causas vinculadas con embarazo, parto y puerperio. De ellas, 55 se registraron como muertes a causa de abortos. La mayor cantidad de muertes por abortos se ubicaba en la franja etaria entre 25 y 29 años (DEIS, 2015). En el año 2017 se registraron en Argentina 30 muertes por embarazos terminados en aborto, (dos de ellas eran adolescentes entre 15 a 19 años, 8 eran jóvenes entre 20 y 24 años; y 8 tenían entre 25 y 29 años) representando el 14.85% del total de muertes maternas. (DEIS, 2018)

Asimismo, la socióloga Nina Zamberlin afirma que cada año alrededor de 100 mujeres mueren por complicaciones de abortos inseguros en la Argentina. Al respecto comenta: *“Estas muertes se deben a la utilización de procedimientos inseguros y a la demora en la búsqueda de atención médica debido a problemas de transporte, pero también a la clandestinidad legal, social y familiar en las que se realiza la práctica. A estas razones además, debe agregarse la incapacidad o falta de disposición de los servicios de salud para dar una respuesta oportuna y efectiva a las mujeres que acuden a ellos”* (2007:5). La práctica del aborto tiende a ser más segura en países donde es legal en términos amplios y donde el personal de salud está capacitado en la temática y más inseguro en los lugares con leyes más restrictivas. (Singh, 2018).

La única información disponible certera es el número de hospitalizaciones producidas en los establecimientos públicos por complicaciones relacionadas con abortos. No obstante, es necesario aclarar que este dato no distingue entre abortos espontáneos y provocados, por lo que representa solo una fracción de los que ocurren anualmente. En nuestro país, según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (sobre el subsistema estatal de salud), en 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios de mujeres por complicaciones por aborto en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años (DEIS, 2013). En el

año 2015 se registraron 45.968 egresos hospitalarios por aborto. De ese total, 16.7% fueron egresos de adolescentes de 19 años y menos. (DEIS, 2018). Se calcula que en los países “en desarrollo” ingresan a los hospitales anualmente aproximadamente 5 millones de mujeres por complicaciones por abortos inseguros (Singh, 2006).

Particularmente en la Ciudad de Buenos Aires, una investigación se propuso indagar el nivel de subregistro de muertes maternas en los efectores de salud. Los resultados indican que las muertes maternas subregistradas ocurridas en el año 2008 en establecimientos de salud **duplican** en cantidad a las muertes maternas registradas. Dicho estudio informa que las causas más frecuentes de muertes maternas correspondieron a abortos, pre-eclampsia y eclampsia, y tromboembolismo, que son las causas con mayor subregistro. (SOGIBA, 2008).

Sabemos en la actualidad que las mujeres más afectadas por la ilegalidad del aborto son las mujeres jóvenes y pobres (Gil Domínguez, 2006), quienes se ven obligadas a realizar los abortos en condiciones más riesgosas que las que tienen medios económicos para realizarlo de manera más segura. Otras características que vinculan el aborto y su realización en condiciones inseguras son la poca escolarización, la ruralidad y si las personas padecen alguna discapacidad. La mayoría de muertes maternas a causa de abortos inseguros afectan a mujeres jóvenes y sanas que viven en contextos de pobreza (Romero, 2013). Los perfiles epidemiológicos son distintos según los lugares sociales de pertenencia de género, tal como remarca Tajer: *“La sobrevida de las mujeres se da con una gran carga de discapacidad y en peores condiciones socio-económicas por el aumento de la pobreza femenina”* (2002:7).

Martha Rosenberg plantea una crítica interesante respecto al concepto de muerte materna. Considera que se ha naturalizado la manera de nominar estas muertes y cuestiona esa nominación ya que las muertes que describe se refiere a mujeres que han fallecido por haber estado en situación de aborto y haberse negado en ese acto a convertirse en madres. Propone en cambio el concepto de mortalidad por gestación (MxG) para identificar estas muertes en las estadísticas (2017).

Los datos, anteriormente expuestos, nos indican la urgencia y la necesidad de que la cuestión del aborto voluntario debe ser entendida como una problemática de Salud Pública y, por lo tanto, debe ser visibilizada y abordada. Actualmente con el avance de la medicina, la lucha por la legalización del aborto de organizaciones sociales y la mayor accesibilidad a la información científica se pueden realizar abortos de manera más segura para la salud de las mujeres. Sin embargo, que aún persista la ilegalidad de la práctica (excepto en aquellas excepciones que indica la ley) y la situación de marginación social que viven muchas de las mujeres que lo realizan, genera un contexto de desamparo y riesgos para la salud de estas mujeres -que pertenecen a sectores socioeconómicos empobrecidos- y que en general deben practicarse el aborto en la soledad de sus hogares.

3.- Legislación respecto del aborto en Argentina y en el mundo

En relación a la legislación existente sobre la temática de nuestro interés comenzaremos presentando la normativa internacional (Resoluciones y Tratados), para posteriormente enfocarnos en la legislación argentina.

En respuesta a la demanda creciente de las organizaciones de mujeres de todo el mundo reclamando por el reconocimiento de sus derechos sociales, económicos, políticos y culturales es que Naciones Unidas establece la década de la mujer entre 1975-1985. En 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la *“Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”* (ONU, 1979) que contempla el derecho a la planificación familiar. Es necesario señalar que esta convención es ratificada en nuestro país por Ley N° 23.179 del año 1985. Asimismo, en el año 1993 en Viena se realiza la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, donde se reconoce los derechos de las mujeres como parte de los derechos humanos universales, inalienables e indivisibles (ONU, 1993).

Además, la IV Conferencia de Naciones Unidas: “Población y Desarrollo” realizada en El Cairo en el año 1994 plantea el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y sus vidas de manera integral. Allí se definen por primera vez los derechos reproductivos, donde se reconoce el derecho básico de todas las personas a elegir libremente el número de hijos/as y el intervalo

entre los nacimientos, teniendo acceso a la información y a los medios para ejercer esos derechos. Cabe destacar también que el informe elaborado en la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer” (Beijing, 1995) está encaminado a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada, y dedica una sección al tema de la mujer y la salud.

Otro evento a destacar es la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer*, conocida como “*Convención de Belem do Pará*”, donde se afirma que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Se aclara que se entiende por violencia contra la mujer: “*cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado*” (1994:2). Esta Convención es ratificada en nuestro país por la Ley N° 24.632 del año 1996.

Mencionaremos además el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Civiles y Políticos* (1966), *Observación General N° 14* (2000) donde se recomienda a los estados que incluyan la perspectiva de género en las políticas de salud. Allí se plantea como objetivo importante reducir los riesgos que afectan la salud de las mujeres, en particular, la reducción de las tasas de mortalidad materna. Para ello se considera necesario proporcionar a las mujeres acceso a servicios de salud en materia sexual y reproductiva.

En referencia a la legislación nacional podemos comenzar señalando que Argentina posee un cuerpo legal bastante restrictivo respecto de la problemática estudiada, en relación con el resto del mundo. Una investigación del Instituto Guttmacher (2012), mencionada previamente, concluye que las leyes de aborto restrictivas no están asociadas con tasas de interrupción de embarazo más bajas. El estudio revela que la tasa de aborto en 2008 fue de 29 por mil mujeres en edad reproductiva en África y 32 por mil en América latina, regiones en donde el aborto está altamente restringido en casi todos los países. En contraste, Europa Occidental, en donde el aborto es generalmente permitido por amplias causales, la tasa fue de 12 por mil. A nivel global, el aborto inseguro alcanzó a 220 muertes por 100.000 procedimientos en 2008; es decir, 350 veces el nivel asociado con los abortos legales inducidos en los Estados Unidos, donde ocurren 0,6 muertes cada 100.000 intervenciones.

Retomando la situación de Argentina, se menciona en primer lugar por su importancia en esta temática la Ley Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva N° 25.673, sancionada en el año 2002 (sobre el particular se profundizará más adelante). Además, la Ley Nacional de Educación Sexual Integral (N° 26.150) del año 2006 que se concibe como un hecho político y cultural significativo ya que incorpora la Educación Sexual Integral en los lineamientos de la política educativa desde el nivel inicial. Por esta ley se crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral y el mismo busca garantizar el derecho de los/as estudiantes de todo el sistema educativo a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada.

Es de importancia también señalar la ley Nacional N°25.929 de Parto Humanizado (2004) que reglamenta los derechos de toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto. Asimismo, la Ley N°26.130 (2006) de Anticoncepción Quirúrgica. Esta ley establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud. Además, se aclara que no se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente, ni autorización judicial para la realización de dicho procedimiento. Y tomaremos en cuenta, también, la Ley N°26.529 (2009) sobre derechos del paciente en su relación con los/as profesionales e instituciones de la salud. Esta última proclama que el riesgo para la salud o la vida lo decide el/la “paciente”, el/la propietario/a del cuerpo que padece una enfermedad o un accidente.

Es necesario destacar también la Ley Nacional 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, promulgada en abril de 2009. Esta ley indica que existen diferentes tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial; y simbólica. Y diferentes modalidades de ejercerla: doméstica, institucional, laboral, mediática y las que más nos interesan en la temática estudiada: violencia contra la libertad reproductiva (aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los

nacimientos) y violencia obstétrica (aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales). Además, esta ley plantea que la respuesta a la problemática debe ser integral para lo cual se asignan responsabilidades a cada ministerio de gobierno y se proyectan acciones de manera articulada.

Es necesario tener en cuenta además, la Ley N°26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Esta ley proclama que el Estado debe garantizar el derecho a la atención integral de la salud de las/os niñas, niños y adolescentes, quienes tienen derecho a recibir la asistencia médica necesaria y acceder, en igualdad de oportunidades, a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Respecto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cabe mencionar la Ley Básica de Salud N°153, que en el capítulo 2, artículo 4° indica como derecho de todas las personas en su relación con el sistema de salud, la inexistencia de discriminación de género. Además, la Ley N°418 de Salud Sexual y Procreación Responsable (CABA) que tiene entre sus objetivos: garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos. Otro objetivo de importancia es: poder prevenir mediante educación e información los abortos provocados.

En nuestro país el aborto es considerado un delito en el Código Penal desde 1886. Constituye un delito contra la vida y contempla penas tanto para las mujeres que deciden abortar como para quienes lo realizan. Las excepciones están contempladas en el artículo 86° (que se incorporó en 1921)², que establece cuales son las circunstancias en las que el aborto no es punible, es decir, que no se incurre en delito. Esto habilita la legalidad del aborto de acuerdo a algunas causales:

- En casos en que exista peligro para la vida de la mujer embarazada.
- En los casos de peligro para la salud de la mujer.

² Es necesario aclarar que recientemente, exactamente un siglo después, el 15 de enero de 2021 se promulga en Argentina la Ley N° 27610 de "Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo" que despenaliza y legaliza el aborto hasta las primeras 14 semanas de gestación.

- Cuando el embarazo es producto de una violación
- Cuando el embarazo es producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (en este último caso será requerido el consentimiento de su representante legal).

La Corte Suprema de Justicia de la Nación el 13 de marzo de 2012 dictó un fallo histórico (el fallo F.A.L), ya que pone fin a la interpretación dudosa del artículo 86. En este fallo se determina que cualquier mujer, independientemente de su capacidad mental, tiene derecho a interrumpir un embarazo que ha sido consecuencia de un abuso sexual. El estado, como garante de la salud de la población, tiene la obligación de proveer las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. Para realizar la interrupción no es necesario autorización judicial ni denuncia policial. Es necesario mencionar que el fallo indica que los/las médicos/as que realicen la práctica no serán pasibles de consecuencias penales. Aclara además que la negación de la realización de los abortos legales y la imposición de requisitos burocráticos, demoras, y toda forma de prohibición implícita son prácticas ilegales.

Es necesario mencionar que nuestro país fue observado en reiteradas oportunidades por no cumplir con la normativa anteriormente mencionada: por no garantizar los abortos no punibles o por las torturas sufridas en los hospitales. Algunos ejemplos de esto, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos por sus Estados Partes) emitió un dictamen sobre la negativa de las autoridades médicas y judiciales para autorizar el aborto en la víctima L.M.R. ante petición individual (Comunicación N°1608/2007 con fecha de aprobación 29/03/2011). En este dictamen se establece una violación del Estado a algunos artículos del Pacto previamente mencionado y la obligación de tomar medidas de reparación y evitar violaciones futuras.

Otro ejemplo son las Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales para Argentina (2011) donde se recomienda al Estado parte que adopte las medidas necesarias para garantizar el acceso al aborto legal, a fin de reducir el número de muertes maternas evitables, y que

garantice el acceso a instalaciones, suministros y servicios de salud para reducir los riesgos previos y posteriores al aborto

4.- Movimiento feminista y organizaciones sociales

Los estudios o perspectiva de género surgen en la década del 50 generando un movimiento en tres direcciones: en la vida cotidiana, en lo político y en lo académico. Se comienza a visibilizar y a de-construir las significaciones sociales que sostenían relatos y mitos que legitimaban y perpetuaban la desigualdad entre hombres y mujeres como algo “natural” y “atemporal”. Se empieza a ubicar la inequidad entre hombres y mujeres como un problema de poder. (Ana M. Fernández, 1993)

Los Encuentros Internacionales “Mujer y Salud” se constituyeron en un espacio de encuentro de mujeres de todo el mundo, organizaciones feministas, académicas, etc., en orden de analizar, discutir y reflexionar sobre estrategias dirigidas a mejorar la salud de las mujeres a nivel mundial. El primer encuentro tuvo lugar en Roma en 1975 y reunió mujeres de toda Europa para debatir en relación al tema del derecho al aborto. Los encuentros siguientes se concentraron principalmente en los derechos reproductivos y en la salud de las mujeres, pero también en la elección individual en materia de contracepción, esterilización y su relación con las necesidades e intervenciones a nivel comunitario, y las políticas públicas sobre la materia. Estos encuentros internacionales favorecieron la vinculación y la socialización de experiencias entre mujeres de Latinoamérica, Europa y pertenecientes a Estados Unidos.

En nuestra región comienzan a surgir, además, eventos auto gestionados que datan desde el inicio de la década de 1980, cuya iniciativa pertenece a universidades, organizaciones de mujeres y de Derechos Humanos, y centros de investigación. Así, se pueden destacar los “Encuentros feministas de América Latina y el Caribe” que comienzan a realizarse en 1981 en Bogotá. En estos espacios se encuentran feministas latinoamericanas para conocerse, intercambiar ideas y hacer proyectos para el futuro, donde una de las temáticas abordadas es la problemática del aborto. Y particularmente en nuestro país se realizan los Encuentros Nacionales de Mujeres desde el año 1986. El Encuentro Nacional de Mujeres es una reunión que se realiza anualmente y se ha constituido en un espacio de mujeres autónomo, auto-

convocado, democrático, pluralista, autofinanciado, federal, donde el tema del aborto ha ido cobrando cada vez mayor importancia en la agenda de los Encuentros.

Es importante mencionar que las organizaciones sociales en nuestro país han tenido un rol muy importante respecto de la lucha por el derecho al aborto, y se han constituido en referentes indiscutibles para la reivindicación de los derechos reproductivos. Luego de la recuperación de la democracia comenzaron a surgir muchas organizaciones de mujeres. A fines de la década de 1980 surge la Comisión por el Derecho al Aborto, organización que demandaba explícitamente el derecho a la interrupción voluntaria de la gestación. Luego, en los 90, surgen otras organizaciones como el Foro por los Derechos Reproductivos.

En el contexto de la crisis del 2001 en nuestro país emergen movimientos piqueteros, asambleas populares, organizaciones de trabajadores desocupados, agrupaciones de mujeres y del movimiento LGTTBI, etc. De estas organizaciones, más las demandas históricas del movimiento feminista, surge el contexto propicio para la creación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito con alcance nacional en el año 2005. La Campaña marca un hito en la lucha por el derecho al aborto. Desde su consolidación, recupera, nuclea y amplifica la historia de distintas organizaciones feministas que han luchado por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y logra instalar el tema del aborto socialmente. Desde sus inicios hasta la actualidad la Campaña ha planteado la cuestión desde una mirada integral: “Educación Sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir”. La Campaña reivindica la despenalización y legalización del aborto, entendiendo el derecho al aborto como una cuestión de derechos humanos, justicia social y salud pública (Documento de la Campaña, 2015).

Por otra parte, en el año 2010 la organización Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto crean la línea telefónica: “Aborto más información, menos riesgos”, donde se atendían y se siguen recibiendo muchas consultas. Esta organización también compila, edita y publica el manual: “*Como hacerse un aborto con pastillas*”, socializando el conocimiento validado científicamente hasta el momento respecto del aborto farmacológico en un

lenguaje claro y accesible. En los últimos años se han nucleado diversas organizaciones de mujeres que acompañan y orientan a otras mujeres para realizar abortos seguros en todo el país (por ejemplo, red de socorristas, etc.). Estos grupos retoman y le dan nuevas formas a las prácticas de solidaridad entre mujeres siempre presente en la historia del aborto, desde la vieja figura de la “comadrona” hasta las nuevas prácticas de “sororidad” de nuestros días. (Rosenberg, 2017).

Otro elemento importante es el compromiso activo de muchos/as profesionales de distintas disciplinas que venimos trabajando cotidianamente con esta problemática. Desde el año 2014 se constituye la **Red de profesionales por el Derecho a Decidir** integrada por profesionales de diferentes disciplinas de diversos efectores de salud con alcance nacional. Desde esta red ya se han organizado encuentros nacionales, capacitaciones y socialización de información respecto de las prácticas. Actualmente la Red de Profesionales se ha sumado a las organizaciones que conforman la Campaña Nacional por el Derecho al aborto.

Es necesario mencionar en este apartado el movimiento **“Ni una menos”** surgido en nuestro país hace pocos años. Es un colectivo de protesta contra las violencias hacia las mujeres y su consecuencia más grave, el femicidio. El 10 de mayo de 2015 la noticia del asesinato de una joven rosarina de 14 años, que se encontraba embarazada al momento de su muerte, asesinada por su novio, generó un repudio que terminó por conmover e indignar al movimiento de mujeres, que venía convocando algunas marchas aisladas para pedir justicia por diferentes femicidios. Un grupo de periodistas y militantes del movimiento feminista decidieron convocar una gran marcha nacional y unificar el reclamo. La convocatoria tuvo amplia y rápida difusión a través de las redes sociales y medios de comunicación (revistas, diarios, televisión, etc.) y fue apoyada por numerosos/as grupos/as feministas y organizaciones sociales. Finalmente el día de la convocatoria, 3 de junio de 2015, superó ampliamente las expectativas del grupo organizador, haciendo surgir un movimiento que pasaría para siempre a la historia denominado: “Ni una menos”. Actualmente el colectivo ha trascendido al grupo inicial y cobrado masividad y notoriedad social impulsando la concientización de la temática de violencia de género en grandes sectores de nuestra sociedad. Este movimiento

comenzó en nuestro país, para luego replicarse en los años siguientes en diferentes partes de América Latina y el mundo.

Finalmente debemos señalar que el año 2018 ha marcado un antes y un después en nuestro país respecto al problema del aborto. Si bien la Campaña por el Derecho al aborto venía realizando desde hace varios años una actividad de cabildeo para instalar la necesidad de una legislación que defienda el derecho al aborto, es en el 2018 que se genera un debate de punta a punta en el país como nunca antes se había registrado. En ese año se presenta por séptima vez el proyecto de ley de Interrupción Voluntario del Embarazo (IVE), logrando la firma de 71 diputados, de diferente pertenencia partidaria. Impulsado en parte por algunos sectores que formaban parte del gobierno en ese momento se abre un debate con exposiciones públicas de referentes en la temática de diversos campos (políticos, profesionales, artísticos, científicos, religioso, periodísticos, etc.) para discutir el proyecto (son realizadas 15 sesiones expositivas donde se presentan 690 oradores/as). El debate es televisado y el tema es discutido en las calles, en los trabajos, escuelas y en las casas. El 13 de junio comienza una sesión histórica en la Cámara de Diputados del Congreso Nacional para tratar el proyecto de interrupción voluntaria del embarazo (que durará 23 horas y tendrá fuertes movilizaciones a favor y en contra). Los/as diputados/as finalmente aprobarán con media sanción el proyecto, con 129 votos a favor, 1 abstención y 125 en contra generando una intensa polémica en la sociedad e inclusive fuertes internas y diferentes posiciones dentro de cada partido político.

Finalmente, el 8 de agosto de 2018 se realiza la sesión en la Cámara de Senadores/as también con la presencia de importantes marchas a favor y en contra alrededor del Congreso. El proyecto no consigue dictamen y es rechazado. Sin embargo, el proceso deja el saldo positivo de una importante visibilización y sensibilización respecto de la problemática tomando fuertemente la posta del reclamo sectores estudiantiles y de la juventud (sobre todo mujeres). Actualmente, el pañuelo verde (heredero del pañuelo blanco de las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo) se ha convertido en símbolo indiscutible del reclamo del derecho al aborto y la marea verde se ha expandido tiñendo con esperanza las calles de nuestro pueblo. ¡Sera ley! se ha constituido en el

slogan lanzado por las organizaciones a favor del proyecto y que recuerda la vigencia de la lucha.

5.- El aborto como un problema de Salud Pública

Las políticas públicas de Argentina dan cuenta que ha sido, y continúa siendo, un país históricamente pro-natalista (tanto en dictadura como en democracia), es decir de estímulo al aumento de la fecundación mediante el control reproductivo y de la sexualidad de las mujeres. Como se mencionó previamente con el advenimiento del gobierno democrático en 1983 comienzan a visibilizarse grupos feministas y de diversas organizaciones y movimientos sociales. A principios de los años 90 la lucha por los derechos sexuales y reproductivos se instala fuertemente en la agenda de las agrupaciones de mujeres. Desde el Estado se comienza, de a poco, el reconocimiento de los derechos y, la problemática del aborto empieza a percibirse y visibilizarse como un problema social grave que amerita ser estudiado (Documento de la Organización Sin Cautivas, 2013).

Ya se han mencionado previamente las alarmantes cifras que nos obligan a pensar la interrupción voluntaria del embarazo como un problema de Salud Pública. Sin embargo a pesar de la abundante evidencia científica instalar el tema como un problema de salud pública aun es una tarea a construir.

La OMS define el **aborto inseguro** como un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, sea realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias, en un ámbito en que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la concurrencia de ambas situaciones (WHO, 2008). En cambio, se denomina **aborto seguro** al procedimiento llevado a cabo por un/a profesional médico/a capacitado/a con los medios necesarios y en un ámbito de salud adecuado, lo que implica un riesgo extremadamente bajo para la mujer (Faundes, 2011).

La ilegalidad del aborto en nuestro país y en el mundo ha propiciado prácticas riesgosas para la salud y la vida de las mujeres. Además del enorme impacto que tiene en la salud y la vida de las mujeres las consecuencias de los abortos inseguros, es necesario mencionar el gran impacto económico en el

sistema de salud. Tomaremos una investigación que señala que el aborto cuesta en Argentina aproximadamente \$57.000.000 anuales. Esto indica que se gastan alrededor de \$150.000 diarios en asistencia a abortos complicados. (Aller Atucha, 1996). Según un documento del Population Report: *“las complicaciones del aborto ilegal no solo pesan sobre la mujer individual sino también sobre las instituciones médicas y sobre la sociedad en general. El tratamiento de las complicaciones por aborto consume cantidades considerables de recursos escasos, camas hospitalarias, suministro de sangre y el tiempo de personal médico capacitado. En algunos países en desarrollo el costo de tratar las complicaciones del aborto representa hasta el 50% de los presupuestos de los hospitales de maternidad”* (1981:2). Es necesario sumar además costos que no son contemplados como, por ejemplo: las consecuencias psíquicas y el impacto en la vida sexual de las mujeres que han atravesado por abortos inseguros, además de las pérdidas ocasionadas por falta de días al trabajo, etc.

Las instituciones de salud históricamente han recibido demanda de mujeres en situación de aborto. Ya sea por las consecuencias de los abortos inseguros, en los casos más graves causando la muerte de mujeres; así como también la cotidiana demanda de información respecto del tema, sobre todo en las últimas décadas.

Existen a nivel mundial **Protocolos** para el abordaje del aborto seguro: la Guía técnica de la OMS (edición 2007) y sus actualizaciones en el año 2012: *“Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”* y en el 2014: *“Manual de práctica clínica para un aborto seguro”*. En el año 2015 la OMS publica *“Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto”*. Esta nueva guía postula que las intervenciones para proporcionar servicios de aborto seguro y atención postaborto en las etapas iniciales del embarazo pueden ser llevadas a cabo en el primer nivel de atención.

En el marco de la Ley Nacional N°25.673 **de Salud Sexual y Salud Reproductiva** mencionada previamente, surge el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el año 2002. Este programa cuenta entre sus objetivos principales: reducir la mortalidad materno-infantil y prevenir los embarazos no deseados. Es el primer programa nacional que permite el

acceso gratuito a métodos anticonceptivos. Dicho programa propone el dispositivo de **Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva** como parte de la estrategia para la reducción de la mortalidad materna. Entre los objetivos de la ley que dan fundamento a las Consejerías se encuentran los siguientes: “- *Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicio referidos a la salud sexual y procreación responsable; - prevenir embarazos no deseados; - potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable; - disminuir la morbilidad materno-infantil*”.

Estos dispositivos están conformados por equipos interdisciplinarios que promueven la toma de decisiones consciente, autónoma e informada. Se trabaja en estos espacios diferentes situaciones en relación a la sexualidad de las personas: acerca de métodos anticonceptivos, situaciones de violencia, la continuidad o no de un embarazo, entre otros temas. Es necesario que en la Consejería se brinde información clara, actualizada y validada científicamente, explicada en términos sencillos.

El Ministerio de Salud de nuestro país ha elaborado Guías Nacionales respecto del tema: “Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto” (2009), la “*Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*” (2010), “*Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras*” (2010), “*Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*” (2010), “*De la investigación a la acción. Aportes para la reflexión de los equipos que hacen consejerías en salud sexual y reproductiva*” (2012). En el año 2015 se publica: “*Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*” que implica un salto cualitativo respecto a los anteriores ya que en lugar de hablar de no punibilidad se habla de Interrupción Legal del Embarazo (en adelante ILE); se hace mención al aborto como un derecho y a la necesidad de que sea accesible y no excepcional.

Las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva establecen que, ante la decisión firme de interrumpir una gestación, los equipos de salud deben informar y orientar a la mujer o a la pareja que consulta. Los equipos deben ofrecer opciones, escuchar, brindar apoyo y acompañamiento y desalentar prácticas inseguras (usos de sondas, perejil, agujas, etc.). El accionar de las

Consejerías se enmarca en sus inicios en el modelo de Reducción de Riesgos y Daños³. En la actualidad se intenta incorporar una mirada superadora y se comienza a utilizar el concepto de interrupción legal del embarazo (ILE) e interrupción voluntaria del embarazo (IVE). El deslizamiento de sentido hacia la palabra IVE no es inocente, como ningún concepto lo es, se intenta colocar el acento en la capacidad de elegir y decidir libremente de las personas con capacidad de gestar de continuar o no con un embarazo, sin imposiciones ni restricciones.

Desde el año 2003 la OMS reconoce el uso del misoprostol como un método seguro y efectivo para realizar abortos farmacológicos y así reducir abortos inseguros. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) ha elaborado un manual sobre su uso (Faundes, 2007). El misoprostol es un fármaco (análogo sintético de la prostaglandina) desarrollado en la década de 1970 y en sus inicios se utilizaba para el tratamiento de ciertos tipos de úlceras duodenales y gástricas. Actualmente está aprobado y disponible para esa indicación en aproximadamente 100 países. El misoprostol tiene como efecto el estímulo de músculos, incluyendo el útero, provocando contracciones uterinas. Esta propiedad generó que en muchos países se comenzara a utilizar también para la inducción del parto, para realizar un aborto con huevo muerto y retenido (HMR), para el tratamiento del aborto incompleto y la hemorragia post-parto. En la actualidad la información científicamente validada presenta el uso del misoprostol como eficaz para la realización del aborto farmacológico (Pistani, 2014). Según FLASOG se estima que la eficacia del misoprostol en la interrupción de embarazos menores a doce semanas de gestación oscila entre el 65 y 90%. La eficacia varía según la vía de administración, el esquema de

³ Es un modelo que tiene como pilares conceptuales la bioética y la deontología. Tiene como base el respeto y la promoción de la autonomía. (Dosso, 2013). La política de reducción de riesgos y daños se refiere a programas y políticas de salud pública que pretenden disminuir los daños asociados con actividades específicas en lugar de prohibir la actividad misma. En ese sentido las acciones educativas y sanitarias realizadas bajo este marco se llevan a cabo sin valoración moral previa sobre la conducta determinada. Como estrategia, el marco de reducción de daños ha sido utilizado de manera efectiva para disminuir los efectos negativos del uso de drogas, incluso la transmisión de VIH/SIDA (IPPF, 2011).

dosis y la edad gestacional (2007). Según una investigación de Chiarelli J. y otros/as: *“El uso del misoprostol en el primer nivel de atención, resultó ser seguro, efectivo y accesible representando una herramienta esencial para dar respuesta a la problemática del aborto inseguro y la mortalidad materna”* (2012:35). El uso cada vez más extendido del misoprostol ha generado un impacto importante en la salud de las mujeres ya que ha reducido la cantidad y gravedad de las complicaciones y hospitalizaciones por abortos.

El método de aborto adecuado para cada mujer depende de muchas circunstancias que requieren de evaluación médica (cesáreas previas, enfermedades preexistentes, alergia a medicamentos, edad gestacional, etc.) La práctica extendida y numerosas investigaciones han demostrado que la realización del procedimiento medicamentoso en forma ambulatoria es una opción segura y eficaz. Asimismo, es elegida por muchas mujeres porque les permite iniciar el proceso de interrupción en el momento en que les resulte más cómodo y les brinde mayor tranquilidad (MSAL, 2016).

La práctica de interrupción legal de embarazo (ILE) también puede realizarse mediante procedimientos instrumentales, ya sea de aspiración de vacío o por raspado o legrado uterino. Estos procedimientos deben ser realizados por profesionales médicos/as. La aspiración de vacío presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Por este motivo el legrado o raspado uterino debe ser utilizado cuando ninguno de los otros métodos esté disponible. Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración de vacío eléctrica, o manual (AMEU⁴). (OMS, 2012)

Según recomendaciones de la OMS (2012) los métodos preferidos para el aborto temprano (1º trimestre) son: aspiración con vacío manual o eléctrico, hasta las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación; y el método farmacológico de aborto hasta las 12 semanas

⁴ AMEU: significa aspiración manual endouterina. Consiste en aspirar el contenido uterino mediante una cánula de Karman conectada a una jeringa de vacío. La OMS recomienda su disponibilidad en los centros de atención primaria (Rostanol, 2012).

completas desde la fecha de última menstruación. Para embarazos mayores de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación, los siguientes métodos son los preferidos: dilatación y evacuación (DyE), utilizando la aspiración al vacío y las pinzas y curetas, y el método farmacológico. Se puede realizar el procedimiento medicamentoso hasta las 22 semanas de gestación. Las dosis de los fármacos varían de acuerdo al tiempo de gestación y las condiciones de salud de la mujer. Según recomendación de la OMS se indicará la internación para realizar el procedimiento medicamentoso en aquellas mujeres que presenten embarazos mayores a 10 semanas (OMS, 2012).

Debido a la ilegalidad del aborto y la estigmatización social, en la actualidad algunas mujeres aun recurren a métodos sumamente inseguros y riesgosos como utilización de agujas de tejer, perejil, etc. (Rostagnol, 2013). Estos métodos inseguros pueden generar perforación del cuello de útero, infecciones pélvicas, laceraciones cervicales, daños a la vejiga y los intestinos u otros daños internos que pueden ocasionar hemorragias (incluso la muerte) y requieren de urgente atención médica.

Se mencionó previamente que los equipos de las Consejerías deben garantizar el acceso a información actualizada y validada científicamente. Por dicho motivo se comienza en los efectores de salud a orientar respecto de esquemas terapéuticos adecuados del misoprostol, o indicar otros métodos en los casos que se requiera, para las mujeres que deciden la interrupción de embarazos no deseados. Esto ha constituido un avance en los derechos de las mujeres y en la construcción de su autonomía.

Según el trabajo de Berra (2016) diferentes autores que han estudiado la temática coinciden en que el aborto es un problema de salud pública. Blanca Galindo afirma: *“el aborto cumple con todos los parámetros de un problema de salud pública, por su magnitud, por la carga de la enfermedad, discapacidad y muerte para las mujeres, por el costo que el sector salud debe solventar para la atención de los mismos, y por las consecuencias de la falta de accesos a servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos, información, etc”* (2007:2). Asimismo, en la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) se considera al aborto como un problema de salud pública y por lo tanto insta a los Estados a trabajar en

concreción de políticas de salud y servicios sanitarios para su abordaje. El camino se ha iniciado pero aún estamos lejos de este objetivo.

Toda acción que apunte a la reflexión y al debate abre la posibilidad de cambio. Cuando un fenómeno puede explicarse también puede prevenirse. Cuanto más sepamos acerca del proceso del aborto voluntario y sus vicisitudes podremos mejorar nuestras prácticas como profesionales, trabajar los obstáculos (incluido los simbólicos) de la accesibilidad de las mujeres a los efectores de salud y reducir abortos inseguros.

6.- La subjetividad femenina moderna y los nuevos modos de subjetivación del género femenino

Hemos analizado anteriormente algunas cuestiones de la problemática del aborto desde una perspectiva histórica, desde el campo de lo jurídico y de los derechos, y desde la mirada de la medicina. Esta investigación centra su mirada en la dimensión subjetiva de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), por supuesto en interrelación con las otras dimensiones. Para ello comenzaremos por un breve recorrido de la construcción de la subjetividad femenina en la época de la modernidad y las transformaciones actuales.

La producción de subjetividad es un proceso que incluye un entramado de múltiples atravesamientos: sociales, políticos, culturales y en constante tensión entre el individuo y la sociedad. Foucault sitúa en la Europa de finales del siglo XVIII y principios del XIX como el momento fundacional de una nueva sociedad, la disciplinaria. El poder disciplinario de los tiempos modernos inaugura una nueva forma de dominación silenciosa que opera con la finalidad de producir cuerpos domesticados. La sociedad disciplinaria, según este autor, combina técnicas de normalización y vigilancia por medio de instituciones que articulan sus prácticas. Las instituciones de la modernidad (la familia nuclear burguesa, instituciones educativas, de salud, la Iglesia, el Estado moderno) se convierten así en dispositivos que regulan y normalizan conductas, a través de un sistema de reglas que construyen prácticas (Foucault, 1987). Sus discursos y prácticas sostenían representaciones hegemónicas de clase y de género.

Respecto de la categoría conceptual de género es necesario mencionar que surge de la mano del feminismo académico estadounidense que comienza

a incorporar la categoría de género en sus desarrollos conceptuales, lo cual desemboca en la denominación de Estudios de Género. Se comienza a diferenciar entre “sexo” y “género”, entendiendo el concepto de “sexo” como aquellos que remite a los rasgos fisiológicos y biológicos del “macho” o la “hembra”. Respecto de la categoría de “género” tomaremos la definición aportada por Joan Scott: *“Como constructor refiere a las relaciones socialmente construidas entre hombres y mujeres cuyos efectos resultan en un acceso asimétrico a la producción material y simbólica, canalizado en posiciones de dominación y privilegio en el hombre y subordinación en la mujer. Por lo tanto es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, basado en las diferencias percibidas entre los sexos y las formas de significar las relaciones de poder, implicando jerarquías. Estas diferencias percibidas incluyen cuatro elementos interrelacionados: símbolos culturales, conceptos normativos, organizaciones e instituciones, e identidades subjetivas”* (1993:59).

Los movimientos de mujeres y las luchas feministas han hecho su aporte en el debate sobre la ficción de los ideales sostenidos en la modernidad y han develado que el imaginario construido acerca de la igualdad de derechos solo era pensada para el prototipo de ciudadano: **el hombre burgués moderno**. Para las mujeres se proponía un modelo de tutela, domesticidad y sometimiento.

Al respecto dice Débora Tajer: *“La Modernidad es un modo de organización social que al igual que otros modos de organización social, contiene instituciones que reproducen la desigualdad social existente”* (2000:140). Una de esas instituciones es, como lo hemos mencionado, la familia nuclear, que propone una división sexual del trabajo. En la modernidad, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, los roles eran rígidos, estereotipados y excluyentes. La identidad masculina estaba vinculada a la “producción”. Se piensa al varón como un individuo libre y autónomo. La identidad femenina estaba relacionada con la “reproducción”. La familia como matriz relacional privilegiada de la Modernidad constituye subjetividades diferenciadas de acuerdo al género.

Desde la constitución en el mundo griego de la Razón Moderna Occidental los ciudadanos varones son los propietarios de los saberes

racionalizados. Las mujeres, en cambio, serán vinculadas al mundo de los sentimientos y lo afectivo, no serán seres responsables de sus actos y de establecer contratos. Por lo tanto, las mujeres deben ser asistidas. Para la mujer y los hijos el lugar asignado será el de objetos tutelados por el hombre. *“El derecho civil define la tutela como la institución cuyo objeto es la guarda de las personas y bienes de los que o bien están bajo patria potestad o bien son incapaces de gobernarse por sí mismos; implica amparo, protección y dirección de tales sujetos”* (Fernández, 1993:156). Para Ana María Fernández el tutelaje es una forma política-jurídica y además una **posición subjetiva**. Esta subjetividad femenina implica para las mujeres delegar en el hombre (primero será el padre, luego el marido) su capacidad de decidir, lo cual constituye la posibilidad de un menor nivel de individuación que el hombre.

Fernández (1993) desarrolla tres mitos que han tenido efectos en la construcción de la identidad femenina moderna. El primer mito: mujer=madre, ubica a la mujer en la postergación de sí misma en beneficio de la familia y la fidelidad al marido. La ecuación mujer = madre sostiene que la realización de las mujeres en el mundo implica la maternidad y construye una moral femenina con características de sacrificio, abnegación y renuncia. El segundo mito es el de la pasividad erótica femenina. Este discurso ubica a las mujeres en una posición pasiva respecto al ejercicio de la sexualidad y a la relación con el propio cuerpo. Desde esta perspectiva los varones asumen una posición activa y dominante respecto a la satisfacción de sus deseos. El tercer mito es el del amor romántico que posiciona a la mujer a la espera de un príncipe que pueda “rescatarla”. Desde esta perspectiva el objetivo de vida de la mujer es ser elegida por un varón que le proveerá todo lo que ella precisa en su vida. El arte, a través de cuentos, relatos, películas, etc. han tenido un importante papel en la construcción y sostenimiento de este mito.

Es necesario mencionar que el Estado, la Iglesia, la Ciencia (médica), entre otras instituciones, han tenido una importante responsabilidad en la construcción de esta subjetividad orientada a la sujeción de la mujer al lugar de esposa y madre, y a su vez a legitimar la ausencia del padre en la crianza de los hijos (Schmukler, 1982). Así queda velado que la mujer, sujeta al espacio de lo “privado”, sostiene y posibilita el desarrollo del hombre en la “polis”.

Los discursos y relatos que sostienen estos mitos han invisibilizado y naturalizado históricamente la posición de dominio y de asimetría de poder de varones sobre mujeres. Se ha denominado patriarcado al sistema que ha sostenido la dominación histórica de los hombres sobre las mujeres. En su sentido literal significa gobierno de los padres y alude a una forma de organización social en la que la autoridad recae sobre el varón jefe de la familia y dueño del patrimonio. Una definición de patriarcado que integra distintas corrientes del feminismo fue elaborada por Marta Fontenla: "... el patriarcado puede definirse como un sistema de relaciones sociales sexopolíticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia." (2008: 260).

Es interesante señalar que el Psicoanálisis no podía ser ajeno al pensamiento hegemónico de la época. "La familia que nos describe el psicoanálisis clásico nos permite visualizar la modalidad en la cual se llevó a cabo parte de la experiencia de la vida cotidiana en el proyecto moderno" (Tajer, 2000:139). Es que el Psicoanálisis como toda construcción teórica, pertenece a un momento histórico particular y la teoría psicoanalítica emerge en el contexto de la Modernidad. Marie Langer refiere al respecto: "Extraña que Freud, observador revolucionario y sumamente crítico en todos los demás aspectos, se haya sometido sin protestas a los conceptos falocéntricos de su época" y agrega: "... ni siquiera un genio como él puede sustraerse totalmente a las influencias ambientales de su época ni a sus vivencias infantiles inconscientes" (1951:116-117) Afortunadamente existen bastantes avances en el diálogo entre los Estudios de Género y los Psicoanálisis en la actualidad.

Aunque el sistema de dominación patriarcal continúa en el capitalismo bajo otra forma para Schmukler (1982), sin embargo, esta época trae un avance para las mujeres, ya que supone un rol más activo que antes. La idealización de "la madre" instituye un nuevo concepto de la maternidad en donde las mujeres comienzan a tener un lugar privilegiado en la crianza y

socialización de los hijos. A diferencia de la precariedad de la figura materna anterior al siglo XIX, la madre comienza convertirse en el sujeto creador de cultura para los hijos. Es importante señalar además que este nuevo lugar social de la mujer le posibilita un mayor desarrollo emocional y por lo tanto un avance en el reconocimiento de sí misma como individuo, en la posibilidad de pensarse y de constituir un colectivo de mujeres. Esto posibilita un avance en la adquisición de una conciencia de género, que implica poder percibir las circunstancias discriminatorias que vivencian las mujeres por ser parte del colectivo genérico femenino, más allá de las cualidades individuales (Tajer, 2000).

Los tiempos y las instituciones cambian. Las luchas feministas y las prácticas emancipadoras para las mujeres fueron posibles en una coyuntura de crisis de las instituciones y fisuras de los relatos de la modernidad. De hecho, el recurso frecuente al aborto demuestra el fracaso del poder disciplinario patriarcal en su intento de domesticar los cuerpos de las mujeres (Rosenberg, 2017). En la actualidad los roles no son tan rígidos, por ello es posible pensar en una heterogeneidad de formas de “ser mujer”. Ya no se trata de una unívoca manera de asumir la femineidad.

En las últimas décadas han mejorado las condiciones sociales de las mujeres, aun cuando todavía los valores y normas del patriarcado continúan vigentes. En este campo pueden observarse movimientos interesantes. Por ejemplo, se pudo reconocer el lugar social al que estaba convocada y sujeta la mujer; se pudo visibilizar la contradicción de la promesa moderna de una “comunidad de iguales” y las prácticas de discriminación y exclusión; fue posible detectar y de-construir los mecanismos del poder disciplinario para domesticar a las mujeres. Es decir, el colectivo de mujeres pudo realizar una apertura desde el mundo de lo íntimo, lo familiar, hacia el mundo de lo público. Así, fue posible cuestionar la distribución de poder en relación a los géneros, y reclamar por igualdad de derechos.

Nos encontramos habitando tiempos de cambios. Hoy asistimos a una transición con respecto a la construcción de los géneros. Se comienza a cuestionar el binarismo tradicional (femenino/masculino) y se piensa en términos de diversidad. Asistimos en la actualidad al fin del proyecto de la modernidad como hegemónico. *“La noción de transicionalidad remite a la*

ubicación de las mujeres como sujetos en crisis en nuestra cultura. Se trata de mujeres cuya posición social cambiante les ofrece la perspectiva de dejar sus roles de género tradicionales (que las designaba como sujetos en tanto madres-esposas-amas de casa) y pasan a ocupar otros lugares y roles extra-domésticos, en el espacio público. Este pasaje requiere una transición entre el estado anterior y el que se desea lograr, transición que tiene efectos específicos sobre la salud mental de las mujeres” (Burin, 1992:330).

Transitar por el orden público y privado a la vez no es sin conflictos. Habitar lo doméstico y lo público requiere la habilidad de poseer prácticas y lógicas diferentes. Lamentablemente el ingreso de las mujeres a la “polis” no implicó en la misma medida un avance de los hombres hacia lo privado. Las transiciones no son lineales. Las mujeres padecen las contradicciones inherentes a los procesos de cambio entre lo “viejo” y lo “nuevo”. Según la hipótesis de Fernández (1993) las significaciones imaginarias sociales instituidas perduran más que las transformaciones que suceden en cada periodo histórico. Nuevas prácticas coexisten junto con las antiguas. Es decir, debemos pensar que los mitos clásicos de la feminidad moderna siguen operando y continúan vigentes. *“Es probable que en un futuro, cuando el cuerpo social necesite dar un uso diferente –más diversificado– del “capital femenino” se articule otro mito sobre lo que significa ser mujer. Otros serán entonces los discursos, incluso los científicos, y otras serán las conductas e ideales de las mujeres y de los hombres concretos, tanto en lo referente a la maternidad como a todas sus prácticas sociales e individuales” (Fernández, 1993:166).*

Asimismo, Débora Tajer plantea que pueden visualizarse modos innovadores de subjetivación del género femenino en la actualidad. *“El modo de subjetivación es una construcción conceptual que se refiere a la relación entre las formas de representación que cada sociedad instituye para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior y las maneras en que cada sujeto constituye su singularidad” (2009:47)* Es decir que las sociedades por intermedio de sus instituciones construyen comportamientos esperables respecto a lo que deberían hacer, sentir y desear hombres y mujeres. Los modos de subjetivación no son estáticos, son construcciones dinámicas y tal como se viene mencionando coexisten diversas modalidades.

La autora previamente mencionada discrimina tres tipos: tradicional, transicional e innovador. El tradicional hace referencia a los modos de subjetivación vinculados a la modernidad que hemos caracterizado previamente. El transicional implica modos de subjetivación donde coexisten exigencias del modo tradicional junto con nuevas posibilidades propias de la incursión en el ámbito de lo “publico”. En referencia a los nuevos modos de subjetivación que la autora denomina innovadores sostiene: *“Estos no guardan un patrón posible de definir más que por su diversidad, en tanto incluyen una amplia gama de modalidades de construcción subjetiva en la cual la maternidad y la conyugalidad se plantean **como una opción, y ya no como un mandato** en la construcción del proyecto de la feminidad, mientras que la inclusión laboral, con variaciones según el sector social, se constituye en una condición para el autosustento, propia de este modelo, ya sea que la mujer viva sola, en pareja o en familia”* (2009:56).

La construcción de la subjetividad femenina actual nos invita a pensar acerca de los efectos de habitar dos mundos diferentes en el mismo cuerpo. Esto obliga a las mujeres a enfrentar conflictos, tensiones y padecimientos particulares como grupo social. Lamentablemente las mujeres aun hoy habitamos el mundo en condiciones opresivas de existencia, sobre todo para las mujeres pertenecientes a los sectores empobrecidos. El camino que recorre una mujer en el proceso del aborto voluntario en nuestro tiempo puede brindar un aporte privilegiado acerca de este tiempo de transición.

Capítulo 2: “El Centro de Salud y el barrio”

“En tus calles tan oscuras,
en mi fiebre adolescente
compartimos nuestras vidas libremente.
No importó la policía
que buscaba antecedentes.
Siempre fuimos sospechosos delincuentes.
Why el taxi verás,
que te pedirá que te bajes antes.
Nadie querrá ir a un lugar tan escalofriante.
Como punto el cementerio
te podrá dejar muy cerca
de los bloques que son toda una leyenda.
De tus calles Bajo Flores
oigo hablar a mucha gente,
pues la magia de tu bruma los conmueve.
Why podrás transar
en algún lugar muy nerviosamente.
La oscuridad te cuidará celosamente.
Instinto animal
que te avisará como de repente
que la yuta está a punto de entrar por algún reviente.
Flores... Flores...
Flores... sos Rock and Roll...
Flores... Flores...
Siempre están por tus esquinas
como siempre, como antes,
las historias de tremendos personajes.
Te agradezco que no cambies,
te mantienes en el tiempo.
Son tus calles un profundo sentimiento.
En el Bajo Flores...
En Flores... en Flores... en Flores...”

(Letra de la canción “En El Bajo Flores”, Rata Blanca)

En el presente capítulo comenzaremos describiendo las características geográficas, demográficas, económicas, sociales y políticas de la zona donde se sitúa la investigación. Para ello partiremos de la caracterización de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), deteniéndonos en las diferencias

históricas existentes entre la región norte y sur de la Ciudad. Se realizará, luego, un análisis de la situación sanitaria de la población de CABA. Además, se explicará la organización del sistema de salud y se detallarán los recursos y efectores existentes.

A continuación se aportarán datos de la Comuna N° 7, para profundizar luego en el barrio de “Bajo Flores” (que pertenece a dicha comuna) y particularmente en la Villa 1.11.14, perteneciente a dicho barrio, ya que es la zona donde está situada la investigación. Para ello se rastrearán los orígenes y la historia del barrio denominado “Bajo Flores”, se caracterizará el territorio y la comunidad que lo habita.

Luego se realizará una descripción del Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero”, hospital de referencia en la zona de nuestro estudio y particularmente del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 40 (perteneciente al área programática de dicho hospital) donde se centra la investigación y de la población que allí se atiende. Posteriormente, se mencionarán los programas, servicios e instituciones que abordan la temática de Salud Sexual y Reproductiva en la zona de “Bajo Flores” y se describirá el trabajo de las consejerías en Salud Sexual y Reproductiva que funcionan en los efectores de salud, para finalmente comentar las particularidades del equipo ILE (Interrupción Legal del Embarazo) que funciona en el CeSAC 40. Por último, se tomarán algunos indicadores de acceso a ILE contruidos en base a registros del equipo.

1.- Conociendo el territorio: caracterización de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, también llamada Capital Federal por ser sede del gobierno federal, es la capital de la República Argentina. Está situada en la región centro-este del país, sobre la orilla occidental del Río de la Plata, en plena llanura pampeana. La ciudad limita al sur, oeste y norte con la provincia de Buenos Aires y al este con el río. La metrópolis es una ciudad autónoma que constituye uno de los 24 distritos en los que se divide el país. En el año 1994 se reformó la Constitución de la Nación Argentina y se estableció

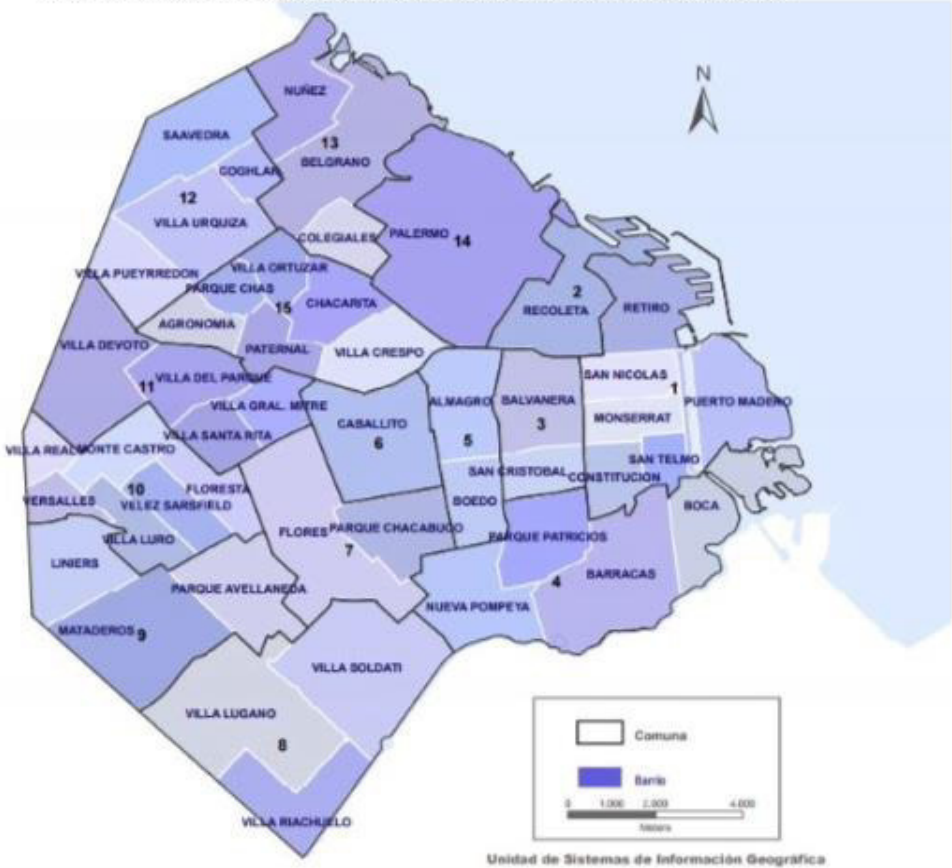
un régimen de gobierno autónomo para la Ciudad de Buenos Aires. Esta reforma estableció, también, que el Congreso de la Nación convocaría a los habitantes de la Ciudad para que eligieran a sus representantes a fin de dictar el estatuto organizativo de sus instituciones. El 1° de Octubre de 1996 se sanciona la Constitución propia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha Constitución resultó ser un punto de partida para la concreción de la autonomía de la Ciudad, que se construye a partir de la elección por el voto directo de sus ciudadanos del primer Jefe de Gobierno y de su Legislatura.

La ciudad cuenta con sus propios poderes ejecutivo, legislativo y judicial, además de su propia policía. Según los resultados del último censo realizado en el año 2010 se estima que la población total de la ciudad es de 2.890.151 habitantes. Aunque por su cercanía con el aglomerado urbano denominado el Gran Buenos Aires, perteneciente a la provincia de Buenos Aires, con una población de 12.801.364 habitantes, se constituye en la mayor área urbana del país, la segunda de Sudamérica, Hispanoamérica y del hemisferio sur, y una de las 20 mayores ciudades del mundo. Según información disponible en la página oficial del Gobierno de la Ciudad (2019), Buenos Aires se encontraría entre las ciudades con mayor calidad de vida de América Latina, y su renta per cápita se ubicaría entre las tres más altas de la región. Además, es la ciudad más visitada de América del Sur.

La superficie de la Ciudad es un poco superior a los 200 km² y su perímetro es de 60 km. La población reside distribuida en barrios que, desde el punto de vista político-administrativo, se agrupan en quince comunas. Las comunas son las unidades de gestión política y administrativa descentralizadas en las que se dividió la CABA luego de lo establecido en la Ley orgánica de comunas N°1777, sancionada en el año 2005. Las comunas tienen competencia territorial, del patrimonio de su territorio y con personería jurídica propia. Cumplen, además, una función electoral al momento de elegir funcionarios comunales y nacionales, reemplazando a las antiguas secciones electorales. La densidad de la población es de aproximadamente 15.000 habitantes por kilómetro cuadrado. Las zonas centro y norte son los espacios territoriales más densamente poblados. En el siguiente mapa y cuadro podemos observar la distribución por comunas y barrios.

Mapa 1: Distribución de Comunas y barrios de CABA.

Mapa 1. Distribución de Comunas y barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Fuente: USIG. Unidad de Sistemas de Información Geográfica. Ministerio de Modernización GCBA.

Tabla 1 Distribución de barrios por comunas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

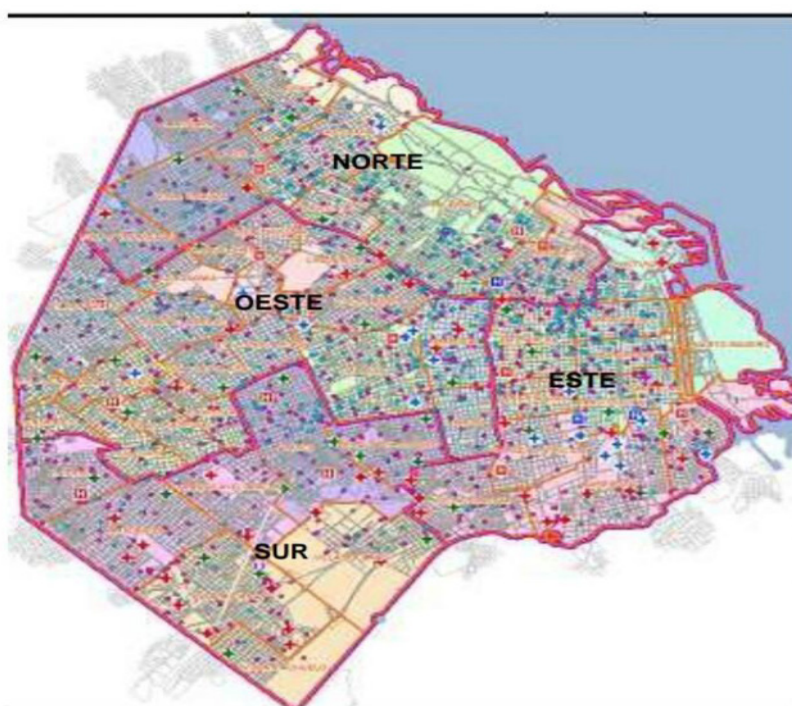
Comunas	Barrios
Comuna 1	Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución
Comuna 2	Recoleta
Comuna 3	San Cristóbal y Balvanera
Comuna 4	Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya
Comuna 5	Almagro y Boedo
Comuna 6	Caballito
Comuna 7	Flores y Parque Chacabuco
Comuna 8	Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano
Comuna 9	Parque Avellaneda, Liniers y Mataderos
Comuna 10	Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro
Comuna 11	Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita
Comuna 12	Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón
Comuna 13	Belgrano, Núñez y Colegiales
Comuna 14	Palermo
Comuna 15	Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Villa Ortúzar, Parque Chas y Agronomía

La población de CABA está compuesta por mayoría de mujeres: hay 114 mujeres por cada 100 varones. En relación a la edad de los habitantes, se considera que la ciudad posee una población envejecida. Los habitantes de 65 años y más representan más de 16% del total, y la de menos de 15 años supera el 17%. La edad promedio de la población ronda aproximadamente los 40 años: 42 años las mujeres y 37 años los varones. Como ocurre en la mayoría de los territorios, las mujeres viven más que los varones. En la Ciudad de Buenos Aires, en promedio, la esperanza de vida al nacer es 82 años para las mujeres y 75 años para los varones. Buenos Aires fue, y sigue siendo, receptora de inmigrantes provenientes del resto del país y de otros países. El 38% de sus residentes nacieron fuera de la capital. Por otra parte, en promedio, anualmente nacen 14 niños por cada mil habitantes y fallecen 10 personas cada mil habitantes.

1.1.- Norte y Sur de CABA, una histórica inequidad

Es necesario señalar la polarización que acontece en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Si prestamos atención al mapa social de la ciudad, vemos delimitadas diferentes zonas: zona norte, centro y sur. La zona sur, cuya impronta es la de los estratos socioeconómicos bajos; la zona norte, con una presencia de estratos medios y altos; y el resto del mapa, con una conformación menos uniforme y compuesta por sectores medios y bajos.

Mapa 2: División de CABA por zonas



Esta inequitativa distribución de los recursos y las condiciones de vida de la población, es consecuencia de los procesos de reforma política y económica que se inician en la década del setenta, profundizados en la década del 90 y hasta la actualidad, que se han expresado en la ciudad en una consolidación de procesos de concentración y exclusión social y una tendencia a la polarización configurando diferentes zonas en la ciudad (Cravino, 2009; Mazzeo 2012).

Tomaremos algunos resultados de la Encuesta Anual de Hogares (EAH) de 2017 elaborada por la Dirección General de Estadísticas y Censo de CABA (DGEyC, 2018) para ilustrar esta inequidad. Respecto al tamaño medio del hogar en la Ciudad es de 2,4 personas por hogar. En la Zona Norte los hogares en promedio tienen menos de 2 personas, más de la mitad son de una persona (51,6%), mientras que en la Zona Sur el promedio es de 3 personas. En relación al tipo de vivienda, casi el 10% de los hogares de CABA se encuentra en situación de hacinamiento (2 y más personas por cuarto). En las Comunas 1, 8 y 4 (Zona sur) el porcentaje de hogares hacinados supera el 20%, mientras que en las comunas 6, 10, 13 y 14 (zona centro y norte) no llega al 5%.

Considerando algunos datos del área de educación mencionaremos que 13 es el promedio de años de estudio de la población de 25 años y más en la Ciudad. Si desagregamos los datos por comunas nuevamente aparece el contraste norte/sur. En las Comunas 4 y 8 el promedio de años de estudio varía entre 10 y 11 años, mientras que en las Comunas 2, 13 y 14 dicho promedio es de 14 o más años de estudio (DGEyC, 2018). Según la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda de la CABA (2014): la tasa de asistencia escolar de la población que tiene edad para asistir a la escuela obligatoriamente muestra nuevamente desigualdades en las distintas comunas. Las tasas máximas (100%) se ubican en las comunas 5, 6, 11, 12 y 14, mientras que las tasas de asistencia más bajas (98,5 %) se encuentran en las comunas 4, 7 y 8 (región sur). A los niños de 6 a 12 años les corresponde la asistencia más alta, y, por el contrario, en los adolescentes de 13 a 17 años (el más bajo de los grupos etarios observados) se revela que más del 5% de los mismos está fuera del sistema educativo, y es en las comunas 4, 7 y 8 donde las tasas son las más bajas (89,7%, 92,9% y 93%).

En el siguiente apartado describiremos la situación de salud de la Ciudad de Buenos Aires donde se podrá seguir apreciando las notables inequidades entre un norte rico y un sur empobrecido.

1.2.- Situación de Salud de la población de CABA

En epidemiología se utilizan los ASIS (Análisis de situación de salud), que son procesos que abarcan diversos tipos de análisis dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil y el proceso salud-enfermedad-atención de una población en un territorio determinado. La información oficial actualizada respecto al análisis de la situación de la población (ASIS) de CABA corresponde al año 2016. En este apartado se tomarán algunos datos relevantes correspondientes a ese informe, al último Censo del año 2010 y a la Encuesta Anual de Hogares de CABA (2017). Prestaremos atención a los datos de la región Sur de CABA y principalmente a la Comuna 7 que es donde se encuentra ubicado el CeSAC 40, que es el efector donde se realiza la investigación.

En relación al **saneamiento básico** (provisión de agua potable, disposición de excretas y de residuos), según datos del Censo 2010, en la ciudad un 0,4% de los hogares no accedía a la red de agua pública y un 1,8% no accedía a la red cloacal. No se cuenta con datos actualizados respecto de la recolección de residuos.

El sistema de salud de la ciudad (al igual que en el resto del territorio argentino) está conformado por tres subsectores: el subsector estatal, privado y de obras sociales. Respecto del **tipo de cobertura de salud** de la población, según los datos aportados por la EAH (2017), entre la población residente en la Ciudad, el 18,7% tiene solo cobertura del sistema estatal de salud. Del 81.3% restante, aproximadamente la mitad cuenta con cobertura de una obra social y la otra mitad con prepaga o mutual. El porcentaje de población que solo tiene cobertura estatal alcanza a 32,9 % en la zona sur, destacándose la Comuna 8 por contar con el 45,8% de la población en esta situación. Entre la población menor de 20 años hay un 27,1% que utiliza solo el sistema estatal de salud, llegando al 44,1% en la zona sur.

Respecto a la **situación educativa** en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2016 se contaba con 2761 unidades educativas en total, de gestión pública y privada, entre instituciones de educación inicial, primaria, secundaria y terciaria, incluyendo educación especial y de adultos; sin tener en cuenta las universidades nacionales. Una característica de la ciudad es el alto porcentaje de instituciones educativas de gestión privada. Según la última Encuesta Anual de Hogares, un 43% de la población mayor de 3 años asistió a una institución educativa de gestión privada durante 2016 (907.466 personas); de las cuales un 21% eran instituciones religiosas (190.805 personas). Tomando a la población mayor de 25 años del total de la ciudad, el 54% cursó estudios superiores y un tercio completó estos estudios. Un 25% de la población no completó el secundario y un 14% sólo cursó estudios primarios. Otro indicador posible para analizar los niveles educativos es a través de los niveles de analfabetismo. En el Censo 2010 se contabilizaron 12.403 personas mayores de 10 años analfabetas en la ciudad, el 0,48% de la población mayor a 10 años. Respecto a las edades, las mayores tasas de analfabetismo se hallaron en personas adultas mayores (alcanzando el 1% en mayores de 85 y 1,6% en mayores de 90).

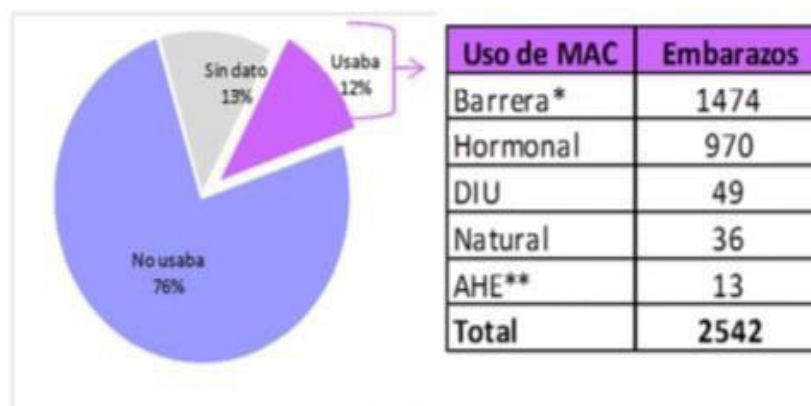
Tomando en cuenta el tipo de **vivienda**, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se caracterizó por un fuerte predominio de los departamentos. Para 2016, 3 de 4 viviendas eran departamentos, un 20% eran casas y el restante 5% se agrupó como otros, incluyendo pieza de inquilinatos, conventillo, pieza de hotel/pensión y construcción no destinada a vivienda. Las villas y asentamientos predominan en la zona sur de la ciudad, especialmente en la comuna 4 y 8, pero también en la 7 y la 9. Si se considera al total de la ciudad, para el año 2015, el 6,5% de la población vivía en villas y asentamientos que sumaron el 4% del total de los hogares y de las viviendas.

La **medición de NBI** (Necesidades Básicas Insatisfechas) permite evaluar las condiciones de vida de la población y la pobreza estructural. Según los datos relevados en el Censo 2010, la ciudad tenía un 7% de su población con NBI y un 6% de los hogares. Las comunas 1, 3, 4, 7 y 8 presentaron valores por encima de la media de la ciudad. Estas comunas se destacan por presentar situaciones más desfavorecidas en la mayoría de los indicadores socioeconómicos respecto al resto de la ciudad.

La CABA es atravesada de este a oeste por la **Cuenca Hídrica del Río Matanza-Riachuelo (CMR)**. La CMR recibe el curso de desechos industriales y efluentes cloacales, que la ubican como el tercer río más contaminado del mundo. La CMR recorre los barrios del sur de la Ciudad y cubre las comunas 4, 7, 8 y 9. El área de CMR-CABA coincide con las comunas que presentan los indicadores de mayor vulnerabilidad social. En la CMR-CABA se contabilizan al menos 30 asentamientos y villas. Las villas y asentamientos en general se ubican en terrenos bajos e inundables, o en zonas antiguamente destinadas a basurales, playa de maniobras del ferrocarril, depósitos de chatarra o ex trazas de autopistas. En general se trata de terrenos que no fueron considerados aptos para la urbanización y que pueden contener altos niveles de contaminación del suelo por metales pesados y estar más expuestos a la contaminación de la cuenca.

En referencia a la situación de **salud materno-infantil** presentaremos algunos datos relevantes. Del total de embarazos registrados en el 2016 un 27% no accede a los controles suficientes durante el embarazo y un 5% no han tenido contacto con el sistema hasta el momento del parto. Un elemento de interés para nuestra investigación se desprende del ASIS 2016: del total de los embarazos que se atendieron en las maternidades estatales de la ciudad, **en un 60% de los casos las mujeres expresaron no haber planificado su embarazo**. Con respecto a los embarazos no planificados, las variaciones según establecimientos son amplias, **con una máxima de 89% en el Piñero** (como se mencionó previamente el CeSAC donde se desarrolló la investigación se encuentra en el área programática de dicho hospital) y un mínimo de 50% en Fernández. Los establecimientos de la zona suroeste, Piñero y Santojanni, muestran **los porcentajes más elevados**. De las mujeres que señalaron que no planificaban un embarazo, el 80% no utilizaba ningún método anticonceptivo.

Grafico 1: Porcentaje de uso de método anticonceptivo en embarazos no planificados registrados en el SIP. Maternidades dependientes del GCBA. Año 2016.



Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales
Subsecretaría Atención Hospitalaria.

*Barrera: condones y diafragma. **AHE: Anticoncepción Hormonal de Emergencia.

Con los registros que se disponen se puede afirmar que un 76% (16.217) no utilizaba un método al momento de quedar embarazada. Como se observa en el gráfico, un **12% de los embarazos se produjo a pesar del uso de un método anticonceptivo**. En el 58% de los casos utilizaban algún método de barrera y en un 38% métodos hormonales. En el momento del alta la tasa de elección de método de anticoncepción es superior al 80% del total. Dentro de los métodos elegidos al alta, el 57% fue de barrera, el 23% hormonal y el 10% ligadura tubárica.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta características de una ciudad madura, regresiva y envejecida. El 21% de sus habitantes son mayores a 60 años. Para el año 2016 la tasa global de fecundidad de la ciudad (promedio de hijos/as por mujer en edad fértil) fue de 1,7. A nivel general, la mortalidad infantil en la CABA en ese año, fue de 7,2 cada mil nacidos vivos. En la Ciudad la distribución histórica respecto de la tasa de mortalidad infantil presentó variaciones, con un patrón diferente al comportamiento nacional, pero siempre menor que éste. En el año 2013, se observó la tasa más alta (8,9 óbitos/1000 nacidos vivos), con tendencia posterior a la disminución que cambió en el año 2016 donde se incrementa (7,2 óbitos/1000 nacidos vivos). Si se analizan las tasas de mortalidad infantil según la comuna de residencia de la

madre se observa nuevamente el contraste entre zona sur y norte, ya que el 44,1% de las defunciones infantiles en 2016 ocurrieron en la zona sur de la CABA. Analizando los datos de las comunas, las tasas más elevadas se presentaron en las comunas 1, 4, 7, 8 y 9, mientras que la comuna 2 presentó la tasa más baja, 3,5/1000 nacidos vivos. (ASIS, 2017). Tomando el trienio 2015-2017 en las comunas 4 y 8 la tasa de mortalidad infantil fue de 7,7 o mayor; mientras que en las comunas 2, 12, 13 y 14 (zona norte) fue menor a 5,3 (Anuario Estadístico de la Ciudad de la CABA, 2017). Cabe destacar una disminución del número de nacimientos en la ciudad, ya que entre 2006 y 2016 se produjo un descenso de los nacimientos en CABA del 10,6%.

Respecto de la situación de **mortalidad** en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2016 se registraron 30.421 defunciones de residentes. Tal como es esperable, las tasas de mortalidad, presentaron la mayor magnitud en los mayores de 60 años, predominando en el sexo femenino a partir de los 80 años. Las comunas de la región sur: 4, 8 y 9 presentaron tasas más elevadas de mortalidad y en este sentido la comuna 4 presentó la mayor tasa de mortalidad general de la Ciudad. Tomando las principales causas de muerte para el año 2016, las primeras cinco causas fueron: las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, tumores, genitourinarias y digestivas. Es de destacar que la principal causa de muerte en todas las comunas son las enfermedades cardiovasculares. En relación a las enfermedades respiratorias se observó nuevamente que las comunas de la zona sur de la Ciudad principalmente las comunas 4 y 9 registraron las tasas más altas a diferencia de las tasas de la zona norte. Con respecto a las enfermedades transmisibles, las enfermedades infecciosas continúan siendo una importante causa de mortalidad. En cuanto a la mortalidad por Lesiones de Causas Externas (LCE)⁵, las tasas más altas se notificaron en las comunas 3, 4, 7 y 8, concentrando el 38,5% de las defunciones por esta causa en 2016.

⁵ Las lesiones de causa externa son definidas como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional. Esta lesión o daño puede originarse por un traumatismo, envenenamiento, agresión, accidentes, etc. puede ser mortal (lesión fatal) o no conducir a la muerte (lesión no fatal).

Nuestro país posee un Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. En base a la información que se desprende del sistema de vigilancia tomaremos algunos datos de importancia en CABA, respecto de la **situación epidemiológica de los eventos de notificación obligatoria** durante el año 2016:

- Argentina presenta un comportamiento epidémico respecto a las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos *Aedes aegypti* (ETMAa) y en particular el **dengue**. Durante la primera mitad de 2016 el país sufrió la mayor epidemia de dengue registrada hasta ese momento. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las notificaciones de ETMAa aumentaron hasta alcanzar niveles de brote. El dengue fue el evento que mayor impacto tuvo en la ciudad. La distribución de casos fue heterogénea con afección predominante de la zona sur de la ciudad. El mayor número de casos se concentró en villas y asentamientos de la CABA.
- La **tuberculosis** (TBC) se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en el mundo. Su distribución está estrechamente vinculada con situaciones de vulnerabilidad social. Argentina es considerada un país de mediana incidencia, registrando una tasa de 26,4 casos por 100.000 habitantes para el año 2016. La CABA se encuentra entre las jurisdicciones con las tasas más altas del país. Se observan en el sur de la Ciudad las mayores tasas de TBC, encontrándose la más alta en la comuna 4 con 83,9 casos por 100.000 habitantes, le sigue la comuna 7 con una tasa de 67,5, casos por 100.000 habitantes, mientras que la tasa de toda la Ciudad fue de 37,1 cada 100.000 habitantes en el año 2016.
- Las **enfermedades gastrointestinales** son una de las principales causas de morbilidad en niños de corta edad. Diversos factores como: la malnutrición, fuentes de agua no aptas para el consumo y alimentos elaborados o almacenados de manera inadecuada así como las condiciones de higiene personal deficiente favorecen el desarrollo de estas patologías. Argentina presenta la mayor tasa de incidencia mundial de Síndrome Uremico Hemolítico (SUH) en niños menores a 5 años de edad, constituyendo un problema crítico para la salud pública.

La notificación de SUH en el año 2016 muestra una disminución del 33% con respecto al año anterior, sin embargo, esta no ha sido la situación de la comuna 7 que fue la comuna que presentó más casos en la ciudad, duplicando el número de notificaciones respecto del año anterior. Respecto de las tasas de notificación de diarreas agudas sanguinolentas, según comuna de residencia, en el año 2016 se observa una distribución desigual de la tasa de incidencia entre las comunas, superando la tasa promedio de la ciudad las comunas 7, 8 y 9.

- En relacion a la notificacion de casos de **Chagas congénito** (transmision vertical), la comuna 7 es la que presenta la mayor cantidad de casos para el año 2016, superando la tasa general de la ciudad, tendencia que se mantiene respecto al año anterior. La distribución de la incidencia de Chagas crónico en mujeres embarazadas es francamente heterogénea entre comunas, concentrando las comunas 7 y 8 el 75,7% de las notificaciones. Esto se correlaciona con la mayor proporción de residentes migrantes de países limítrofes, donde la enfermedad es endémica. Nuevamente la comuna 7 presenta la mayor cantidad de casos tomando el periodo 2015-2016, aumentando en 2016 mas del doble de notificaciones respecto del año anterior.
- Las comunas 7 y 8 presentaron las mayores tasas tambien de **Sifilis congenita** en 2016. (ASIS, 2017)

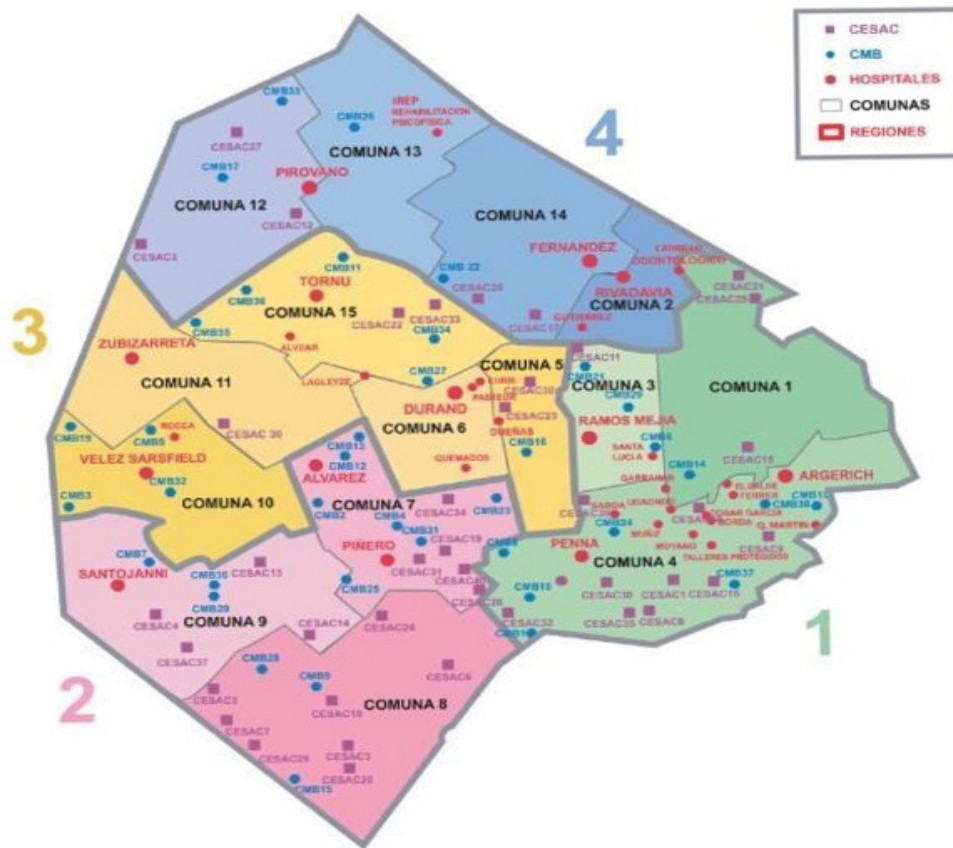
De acuerdo a los datos presentados en este apartado es posible apreciar que la zona sur presenta indicadores de mayor vulnerabilidad que el resto de las areas de CABA, en relacion a la situacion educativa, habitacional, de salud-enfermedad, etc, de sus habitantes. Esta historica brecha entre diferentes areas de la CABA se continuara profundizando en caso de continuar con politicas que sostengan la desigualdad y dejen a gran cantidad de sus ciudadanos en condiciones desfavorables respecto del resto.

1.3.- Sistema de Salud de CABA: organización, recursos y efectores

En la Ciudad de Buenos Aires, la regionalización territorial sanitaria lleva ya varios años de desarrollo. Comenzó con la creación de las áreas programáticas en 1988, delimitadas sobre la base de las áreas de urgencia (Lemus, 1998). Se fueron configurando así doce áreas, una por cada hospital general de agudos. Cabe recordar que el decimotercer hospital general, el Rivadavia, todavía pertenecía a la Nación en el momento de la distribución, ya que fue transferido a la Ciudad en 1993.

En 1999 se sanciona la Ley Básica de Salud (CABA, Ley 153) y se estableció un marco normativo global para el sistema de salud de la CABA. Dicha ley fija la organización general del subsector estatal de salud, con base a la estrategia de atención primaria, en la constitución de redes y tres niveles jerarquizando el primer nivel de atención y la descentralización progresiva de la gestión, transformando así la histórica organización hospitalocéntrica. La ley determina la organización territorial del subsector estatal por regiones sanitarias integradas por unidades locales denominadas áreas de salud. En el año 2008 el Ministerio de Salud, actualmente Secretaría, creó cuatro Regiones Sanitarias dividiendo territorialmente la ciudad. Las Comunas y las Áreas de Salud establecieron un marco institucional propicio para la descentralización político-administrativa de la ciudad y del sector sanitario (Bonazzola, 2010). En el siguiente mapa podemos observar la división de las regiones sanitarias.

Mapa 3: División Por Comunas y Regiones Sanitarias



Mencionamos previamente que el sistema de salud de CABA está organizado de acuerdo a niveles de atención en salud. Por su ubicación territorial y su función dentro del sistema de salud los efectores del primer nivel según la estrategia sanitaria de Atención Primaria de la Salud (APS) deben funcionar como “puerta de entrada” al sistema. Las prácticas de dichos efectores deben hacer eje principalmente en acciones tendientes a la promoción y prevención en salud, así como a la asistencia en cuestiones de baja complejidad. Si es necesario desde este nivel se deriva al paciente al segundo o tercer nivel si fuera necesario. Respecto al segundo nivel de atención, está constituido por una red de hospitales generales que recibe las consultas para diagnóstico y tratamiento que no pueden ser resueltas en el

nivel primario; brindan atención cuando se requiere hospitalización o atención de urgencias. Los procedimientos realizados son de mediana complejidad. El tercer nivel de atención está conformado por hospitales de alta complejidad cuyas subespecialidades y/o equipos no existen en el segundo nivel. Se tratan problemas de salud de baja prevalencia y alto riesgo que requieren mayor conocimiento o tecnología específica.

La Ciudad cuenta con 1.161 establecimientos de salud. Al igual que en el área educativa, **predominan los establecimientos privados**, que representan el 82% del total, 950 de los 1.161 efectores. Tomando datos de los establecimientos con internación, la ciudad cuenta con 22.023 camas disponibles. Más de la mitad de las camas (58%) de la ciudad corresponden a los servicios clínicos generales. Las camas de uso pediátrico (pediátricas y neonatología) suman 3.267 (15% de las camas totales).

A continuación caracterizaremos el subsector estatal de CABA que es el de importancia para nuestra investigación. Respecto al primer nivel de atención en salud, la ciudad cuenta con 44 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC). Estos centros implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad con la que trabajan y están conformados por equipos interdisciplinarios. Pertenecen también al primer nivel de atención 39 Centros Médicos Barriales (CMB), un Centro Asistencial de Salud (Centro Asistencial de Salud Cecilia Grierson), 2 Centros de Salud Mental y 2 Centros Odontológicos Infantiles.

La Ciudad posee 13 Hospitales Generales de Agudos que brindan asistencia en clínica médica, pediatría, traumatología, cardiología, dermatología, ginecología, obstetricia, cirugía y otras especialidades. Los 13 establecimientos cuentan con guardia las 24 hs del día los 365 días del año. Además, hay 2 Hospitales Generales de Niños. Estos establecimientos brindan atención ambulatoria, internación, diagnóstico y tratamiento. También cuentan con guardia las 24 hs.

Existen 19 establecimientos de salud especializados monovalentes:

- ☐ Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear
- ☐ Hospital de Salud Mental Braulio Moyano
- ☐ Hospital de Salud Mental J. T. Borda
- ☐ Hospital Infanto Juvenil C. Tobar García

- ☐ Talleres de rehabilitación en salud mental
- ☐ Hospital de Odontología José Dueñas
- ☐ Hospital de Odontología Dr. Ramón Carrillo (ex nacional)
- ☐ Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín
- ☐ Hospital de Oftalmología Santa Lucía
- ☐ Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze
- ☐ Hospital de Gastroenterología B. Udaondo
- ☐ Hospital Municipal de Oncología María Curie
- ☐ Hospital de Rehabilitación Respiratoria M. Ferrer
- ☐ Hospital de Infecciosas F. Muñiz
- ☐ Instituto de Zoonosis L. Pasteur
- ☐ Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.R.E.P.)
- ☐ Hospital de Quemados Dr. Arturo Umberto Illia
- ☐ Hospital de Rehabilitación M. Rocca
- ☐ Hospital Materno Infantil R. Sardá

Mapa 4: Hospitales y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) por comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Unidad de Sistemas de Información Geográfica.
Fuente: USIG. Unidad de Sistemas de Información Geográfica. Ministerio de Modernización GCBA.

En cuanto al sistema de emergencias, el sistema público disponía para el año 2016 de 113 ambulancias de auxilios de alta complejidad, 12 ambulancias para situaciones especiales y 2 helicópteros. Existen 5 helipuertos en 4 hospitales generales de agudos y en la sede central del SAME.⁶

Según la información disponible en el ASIS 2016 la ciudad cuenta con los siguientes programas de salud:

- Salud Materno Infantil: -Programa de pesquisa neonatal (PPN), - Lactancia materna, -Red de Neonatología, -Programa nutricional.

⁶ El Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) es un servicio estatal de atención médica de urgencias y emergencias, tanto individuales como colectivas.

- Programa de Inmunizaciones
- Salud en la escuela: -Programa de Salud Escolar, -Programa Nutricional, -Programa Buenos Aires Sonríe (Salud Bucal), -Programa de Salud Visual.
- Programa de Salud Sexual y Reproductiva e Infecciones de Transmisión Sexual
- Enfermedades Crónicas no Transmisibles: -Programa Nutricional, -Red de Oncología, -Programa de Prevención y Control del Tabaquismo, -Programa de Prevención y Asistencia a la Diabetes
- Programa de Salud para Adultos Mayores: -Red de Gerontología
- Red de Medicina Transfusional
- Red de Chagas
- Programa de Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad
- Programa de Salud Ambiental Infantil (SAI)
- Programa Juegotecas en salud
- Enfermedad Celíaca
- Programa de salud para Ex Combatientes de Malvinas
- Programa Permanente de Salud Integral para Damnificados de la Tragedia de Cromañón
- Programa de Tuberculosis
- Programa de Adolescencia

Finalmente destacaremos que respecto al sistema de información en salud en CABA, durante el 2016 se comenzó a implementar la Historia Clínica Electrónica (HCE) en los Centros de Salud del sistema estatal de la ciudad que permite unificar la información disponible de consultas de cada usuarixs.

2.- El “Bajo Flores”

2.1- La memoria del barrio

Se ha denominado “Bajo Flores” a una zona geográfica ubicada en la parte sur del barrio de Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Delimitan dicha zona las avenidas Castaños, Varela, Perito Moreno y

Asturias. Conforman el territorio de Bajo Flores, la Villa 1.11.14, el Barrio Municipal Presidente Rivadavia y el Barrio Presidente Illia.

El Bajo Flores es uno de los barrios no oficiales de la ciudad. Es una zona residencial de clase baja. Para entender los orígenes de este barrio nos remontaremos a mediados del siglo XIX. En ese momento histórico los países latinoamericanos comienzan a insertarse en el mercado mundial. El rol que tendrán será de producir materias primas y comprar productos manufacturados. *“Esto acarreó importantes desequilibrios regionales, condenando a algunos pueblos organizados en torno de la producción artesanal y campesina a la miseria y al olvido, reavivando poblados insignificantes que se convirtieron de la noche a la mañana en polos de atracción de capitales y hombres. Estas transformaciones dieron lugar a importantes movimientos de población, que en la Argentina tal vez fueron opacados por la aún más numerosa inmigración ultramarina”* (Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, 2002:2)

En el contexto de la crisis mundial de 1930 en Argentina se comienza a construir un modelo económico de producción de manufacturas de consumo masivo. Debido a ello las pequeñas y medianas industrias crecieron en cantidad y se instalaron en la periferia de las ciudades, dando lugar a la aparición de barrios obreros. Luego de 1930 las tendencias migratorias se modifican, baja la inmigración que llegaba por barco (sobre todo europea) y aumenta la inmigración de tierra adentro. En muchos casos provenientes de las áreas rurales más afectadas por la crisis económica: el litoral, el noroeste, la pampa húmeda, y también provenientes de los países limítrofes; hacia las ciudades de Buenos Aires, Córdoba y Rosario. Las grandes ciudades ofrecían trabajo, mejor calidad de vida y mayores oportunidades que sus lugares de origen. Pero, lo que no ofrecían las ciudades eran lugares donde instalarse, y surgen en ese momento las “villas de emergencia”.

En 1950 debido a un empeoramiento de las condiciones de vida en las zonas rurales se intensifica nuevamente la inmigración principalmente desde las provincias del norte y desde los países vecinos. Oriundos/as de esos lugares llegan los/as primeros/as pobladores/as a instalarse al Bajo Flores a mediados de la década del 50. Lo que describen los/as primeros/as pobladores/as y sus familiares es que en la zona no había nada: un lugar descampado, solo campo, monte y lagunas. Esos primeros tiempos fueron un

desafío a la creatividad y a la ley. La policía no dejaba que la gente se asentara, los expulsaba y nuevamente retornaban. Por otro parte, el terreno no invitaba a quedarse. Existían enormes lagunas, bañados y basurales. Muchos/os vecinos/as traían de sus lugares de origen la experiencia en trabajar el campo: arado, siembra y cosecha. Este saber hizo posible que se trabajara el terreno para hacerlo habitable. Los hombres y las mujeres buscaron la manera de secar y rellenar las lagunas. Los motivos de la inmigración en general, como se dijo previamente, tenían que ver principalmente con la búsqueda de trabajo, aunque en algunas ocasiones el motivo era político, algunos/as llegaban buscando refugio, huyendo de la dictadura de sus lugares de origen.

Según un documento elaborado por el Instituto Histórico de CABA (2002) en base al testimonio y registros aportados por los vecinos expresa: *“Estas tierras no eran aptas para el hábitat humano, fueron sus pobladores quienes produjeron su saneamiento y dieron respuesta a sus necesidades. Trazaron sus calles, extendieron las bocas de agua hasta constituir redes, conectaron y prolongaron los cables de electricidad, para todo lo cual fue necesaria la organización y cooperación”*. Las pequeñas casas se fueron sucediendo alrededor de núcleos familiares. Se fue recreando en la zona el hábitat cultural propio de los lugares de origen de los/as primeros/as pobladores/as. Debido a la gran cantidad de lagunas que poseía el terreno la gente se iba asentando donde podía. Fue así que surgieron agrupamientos en distintos sectores de la villa que se fueron desarrollando con cierta autonomía, aunque lograron unirse y organizarse cuando hubo que dar respuesta a acontecimientos externos o necesidades internas.

Con el tiempo y la organización de la gente se concretaron distintos proyectos colectivos: una guardería, programas educativos (apoyo escolar), de formación y capacitación en oficios, deportivos dentro de los que se desarrollaban campeonatos de fútbol, como el “Campeonato Evita”, de recreación, como salidas o campamentos. La actividad religiosa (sobre todo católica) tuvo casi desde los inicios un lugar importante en el barrio. Con la ayuda de los vecinos se construyó la Iglesia “Madre del Pueblo” (existe en la actualidad). Los curas y monjas “villeros” (alineados en la corriente de la “Teología de la Liberación”), desde la década de 1960 acompañaron la vida y

las luchas de los vecinos del barrio. En el Bajo Flores aún se recuerdan los nombres de los curas que más ayudaron: Vernazza, Daniel y Ricciardelli.

Entre 1974 y 1979 se produce el proceso de erradicación de las villas de la dictadura cívico militar. En la historia de la villa y en la memoria de sus antiguos habitantes existe un antes y un después de 1976. Ese año fue cuando los camiones se llevaron a la mayoría de la gente al Gran Buenos Aires. Las topadoras tiraron todo abajo y llegó la noche y el miedo. Por eso algunos hablan de “la primera villa y la segunda villa”.

La “segunda villa” nació después de 1984, cuando muchos de sus habitantes retornaron. Según algunos/as de sus habitantes la primera villa era más tranquila y la segunda villa (la actual) es más violenta debido al ingreso de actividades de narcotráfico al territorio que modificaron por completo la vida y la dinámica de la misma.

Hoy, el barrio donde se encuentra el Centro de Salud base de nuestra investigación lleva el nombre de “Villa 1-11-14”, en alusión a la fusión de las villas 1, 11 y 14, los tres asentamientos que en la década de 1950 se conocían como las villas de Bajo Flores, 9 de Julio y 25 de Mayo. Respecto de las comunidades que habitan el barrio, mencionaremos que convive población de origen boliviano y en menor medida peruano, paraguayo, coreano y argentino. Se registran en la zona distintas construcciones urbanas: barrios precarios (asentamientos), villas, barrios obreros y un sector de clase media.

2.2.- La Comuna 7: una Comuna heterogénea

El CeSAC 40 se encuentra en la entrada de la Villa 1.11.14, ubicada en el barrio de Bajo Flores, correspondiente a la Comuna 7 de CABA. En un apartado anterior mencionamos algunos indicadores de salud respecto de la población que vive en la comuna 7. En este apartado avanzaremos en otras características y en una descripción de esta zona. Dicha comuna está conformada por los barrios de Flores y Parque Chacabuco. Se encuentra ubicada en el centro-sudoeste de la Ciudad, tiene una superficie de 12,4 km² y una población total de 220.591 (de acuerdo al último censo de 2010), de la cual 102.481 son hombres, el 46,5% y 118.110 son mujeres, las que representan el 53,5% del total de la comuna. Comparando con los datos del censo de 2001 se

registra un incremento del 11,8% de la población total, uno de los tres más altos de la ciudad. La comuna 7 es la tercera comuna con mayor proporción de extranjeros (18,6%), en su mayoría provenientes de países limítrofes, de los cuales un 47,8% es de origen boliviano, seguido por los de origen peruano (12,9%) y paraguay (12,1%). También es destacable la proporción de extranjeros de origen asiático (8,6% del total de extranjeros). (Indec, 2010)

Una de las principales características de esta Comuna es su densidad, por encima de la media de la ciudad (15.233 hab/km²) y su carácter residencial y comercial. En ella se localizan una variada tipología de conjuntos habitacionales de distintas épocas, entre los que podemos mencionar: el Barrio Rivadavia, los conjuntos de viviendas individuales como el Barrio Varela (1928), el Barrio Bonorino (1926), el Barrio Emilio Mitre (1923), el Barrio Cafferata (1921) y el Barrio Butteler (1907), ejemplos notables de vivienda social, al que debe sumarse el Barrio Yermal, ubicado en la calle de igual nombre, junto a las vías del ferrocarril. (Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, 1982).

Esta comuna está atravesada por importantes vías de comunicación como las Avenidas Rivadavia, Alberdi, Directorio, Eva Perón, Asamblea, Castañares, Avellaneda, entre otras y la Autopista 25 de Mayo (AU1). Tiene muy buena accesibilidad vehicular y cuenta en su territorio con dos líneas de subterráneos, las Líneas E y A. Posee vinculación con el área metropolitana a través del ex Ferrocarril Sarmiento (Estación Flores).

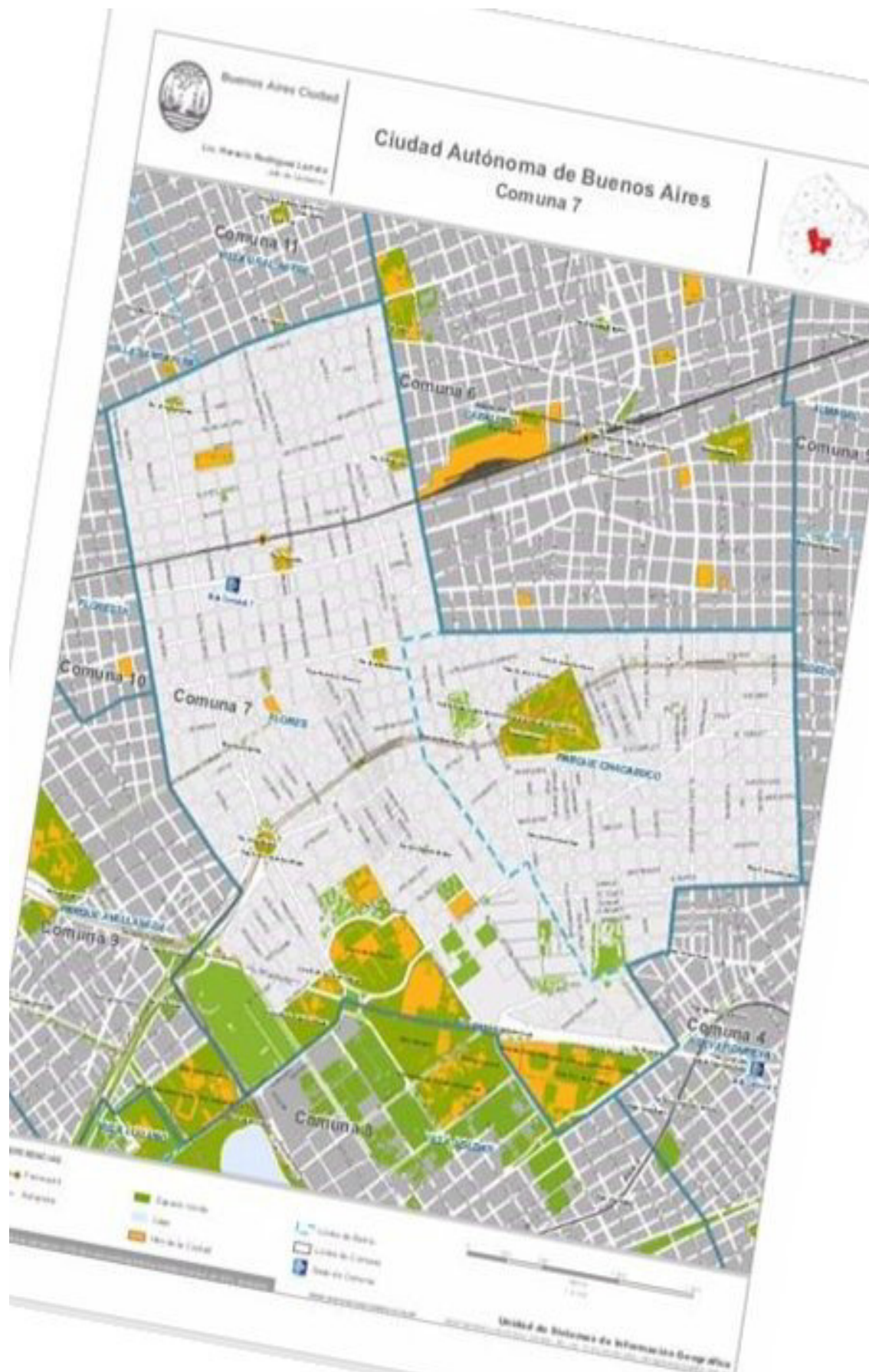
En la Comuna 7 se localiza el Cementerio abierto "San José de Flores" y el Parque Chacabuco que da nombre a uno de los barrios de la Comuna 7, ambos lugares, por su dimensión constituyen barreras urbanísticas dentro de la Comuna. Existen 154 establecimientos educativos (públicos y privados). En relación al área de cultura hay 8 establecimientos públicos que corresponden a 2 bibliotecas y 6 centros culturales barriales. Del área deportiva se cuenta con 22 clubes de barrio y un establecimiento deportivo: el Polideportivo del Parque Chacabuco. Con respecto a la superficie de espacios verdes de la comuna, hay 42 hectáreas con un coeficiente de 0,19 ha/mil habitantes.

Mencionaremos que la comuna que nos ocupa cuenta con dos hospitales generales: el Hospital General de Agudos "T. Álvarez" y el Hospital General de Agudos "P. Piñero. Se ha comentado en el apartado anterior,

correspondiente a la situación de salud de CABA, algunos indicadores que presentan una situación preocupante para la realidad de los habitantes de la comuna. Respecto al tipo de vivienda en la comuna 7 se observó una mayor proporción que el promedio de la ciudad de la categoría “otros”. Esta categoría da cuenta de situaciones de mayor precariedad habitacional (ASIS, 2017). En relación a la educación la comuna 7 presentó una de las tasas de analfabetismo más desfavorables (junto con la 4 y la 8) respecto al resto de la Ciudad (ASIS, 2017), junto con otros indicadores desfavorables mencionados en los apartados anteriores que también preocupan.

Al igual que otras Comunas, dentro de los Barrios que la componen, conviven realidades socioeconómicas y socio habitacionales muy diferentes. En el caso de Flores, sobre todo en la zona sur del barrio, la coexistencia del tejido residencial de baja densidad en los límites de la “Villa 1–11–14” genera conflictos y demandas por parte de los vecinos a veces difíciles de conciliar.

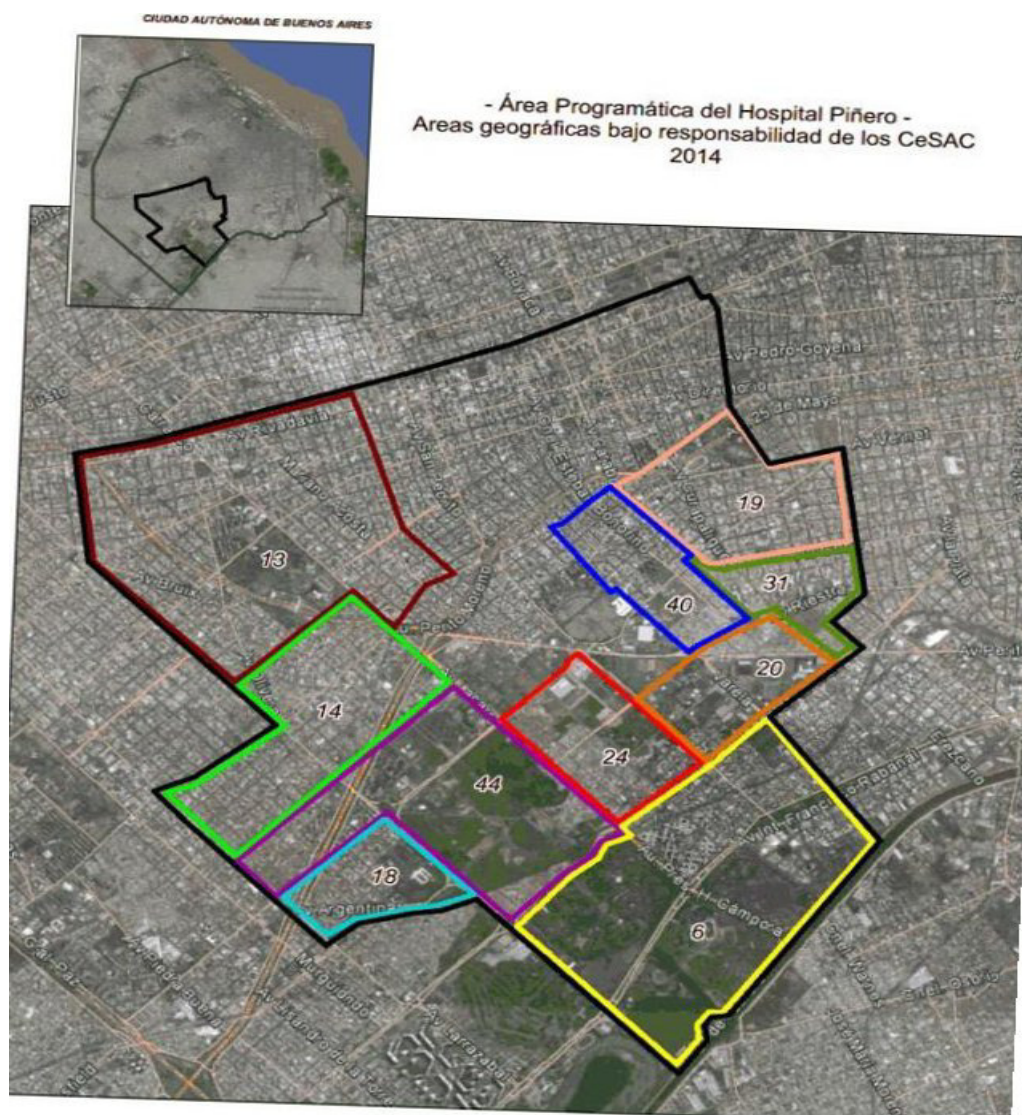
Mapa 5: Delimitación Comuna N°7 CABA



2.3.- Hacia el Sur del barrio: el Hospital Piñero

El Hospital General de Agudos Parmenio Piñero es el hospital de referencia del “Bajo Flores” e integra la Región Sanitaria II.

Mapa 6: Área geográfica correspondiente al Hospital Piñero y sus Centros de Salud. Año 2014



El Piñero cuenta con profesionales de las principales especialidades médicas. De las especialidades médicas de adultos/as se cuenta con:

- Alergia
- Cardiología
- Clínica Médica

- Dermatología
- Fisioterapia
- Foniatría
- Fonoaudiología
- Gastroenterología
- Ginecología
- Kinesiología
- Nefrología
- Neumonología
- Neurología
- Obstetricia
- Oftalmología
- Oncología
- Otorrinolaringología
- Proctología
- Psiquiatría
- Reumatología
- Traumatología
- Urología
- Cirugía General.

De las especialidades médicas pediátricas cuenta con:

- Clínica Pediátrica
- Fisioterapia
- Foniatría
- Fonoaudiología
- Gastroenterología
- Kinesiología
- Nefrología
- Neonatología
- Neumonología
- Neurología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría

- Traumatología.

El hospital además posee un departamento de Salud Mental de adultos/as e infanto-juvenil integrado con Psicólogos/as y Psiquiatras para atención en consultorios externos y para guardia, además de un programa de prevención, asistencia y rehabilitación de consumo problemática de sustancias.

El Hospital Piñero dispone de un servicio de guardias médicas las 24 horas para la atención de distintas urgencias y de guardia en salud mental (psiquiatra y psicólogo/a de guardia). El Hospital además está dentro de los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) de VIH-SIDA, donde se realiza el test del Vih-Sida con asesoramiento antes y/o después del mismo. Se informa y brinda material sobre el VIH-sida. La entrega de preservativos funciona en Consultorios externos.

Además de la atención de urgencias en el Piñero se brinda atención programada y se realizan estudios médicos. En el servicio de imágenes y laboratorio de Hospital Piñero se pueden realizar análisis de todo tipo, resonancias, dopplers, ecografías entre tantos otros estudios. Actualmente el hospital tiene una capacidad de 400 camas para internación.

Conforman el área programática del Piñero doce centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) y un centro de atención de día de adicciones: “La Otra Base del Encuentro” (LOBE). Tiene la responsabilidad de asistir a una población de 330.000 personas que viven en su área de cobertura. Esta área comprende 35 kilómetros cuadrados que equivalen a un quinto de la superficie de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y corresponden a los distritos de Flores, Floresta, Villa Soldati, parte de Villa Luro y Lugano, extendiendo su área de influencia hacia localidades del sudoeste del conurbano de la provincia de Buenos Aires. Por lo que vemos es una vasta región a abarcar en la que existen barrios pobres y de bajos recursos socioeconómicos, donde en los últimos años la población creció en número y en problemas sanitarios.⁷

Luego de la sanción de la Ley Orgánica de Comunas (Ley N°1777) del año 2005, el área de cobertura del Piñero corresponde a las comunas 7, 8 y 9. Esta distribución genera cierta dificultad a la hora de analizar indicadores de

⁷ Datos Extraído de un documento de elaboración propia del Área Programática a partir de datos del Censo Nacional de Población, Vivienda y Hogares, 2010.

salud o educación por comuna ya que se produce una dispersión debido a que estos parámetros exceden la superficie del área programática del Hospital Piñero y se agrupan poblaciones que no poseen condiciones de vida similares.

3.- La Villa y el Centro de Salud

3.1.- La “1.11.14”

Tomaremos algunos datos de la Villa 1.11.14 en particular ya que es el área de influencia del CeSAC 40, centro que nos compete en nuestra investigación. Delimitan la villa 1.11.14 las avenidas Cnel. Esteban Bonorino, Norberto de la Riestra, Perito Moreno, Castaños y Varela. Según los resultados provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 en la Ciudad de Buenos Aires (2011) hubo un alto crecimiento de la población residente en villas de emergencia y asentamientos precarios entre los años 1991 y 2010, destacándose la villa 1-11-14 como una de las de mayor incremento (en el año 1991 se registraron 4.894 residentes, en el 2001: 21.693 y en el 2010: 25.973). Se calcula que el 12,1 % de la población total de la comuna 7 reside en asentamientos y villas de emergencia.

En relación a los servicios básicos se observa una precariedad en el sistema de cloacas, recolección de residuos y suministro de luz y gas. Las personas de este barrio trabajan en general en condiciones de precariedad en rubros tales como: construcción, talleres de costura clandestinos, feriantes, venta ambulante y producción y venta de sustancias psicoactivas.

En referencia al nivel educacional en la Villa, el panorama es complejo ya que la oferta educativa (del sector estatal) no puede cubrir las vacantes necesarias sobre todo en el nivel inicial (jardines maternales) y en escuelas primarias. En la escuela secundaria no se registra esta falta de vacantes sobre todo en los últimos años del secundario donde la deserción es alta.

El problema habitacional en la Villa 1.11.14 es de gravedad ya que el hacinamiento es generalizado y esto genera consecuencias en el proceso salud-enfermedad-atención de la población que allí reside. Debido a las condiciones de vivienda y de trabajo (ya que muchas familias enteras trabajan en talleres de costura muchas horas por día en condiciones también de hacinamiento) es elevada la cantidad de personas con tuberculosis en la zona.

Es necesario mencionar que los servicios de salud de la zona no llegan a cubrir la demanda elevada de la comunidad.

Finalmente es necesario señalar que la residencia en villas y asentamientos condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención. Sus habitantes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social, que se reflejan en falta de acceso a servicios de saneamiento básico, viviendas inadecuadas, menor disponibilidad de espacios verdes, y mayores barreras al acceso a la educación, salud y el trabajo (ASIS, 2017).

Mapa 7: Delimitación geográfica de la Villa 1.11.14. CABA

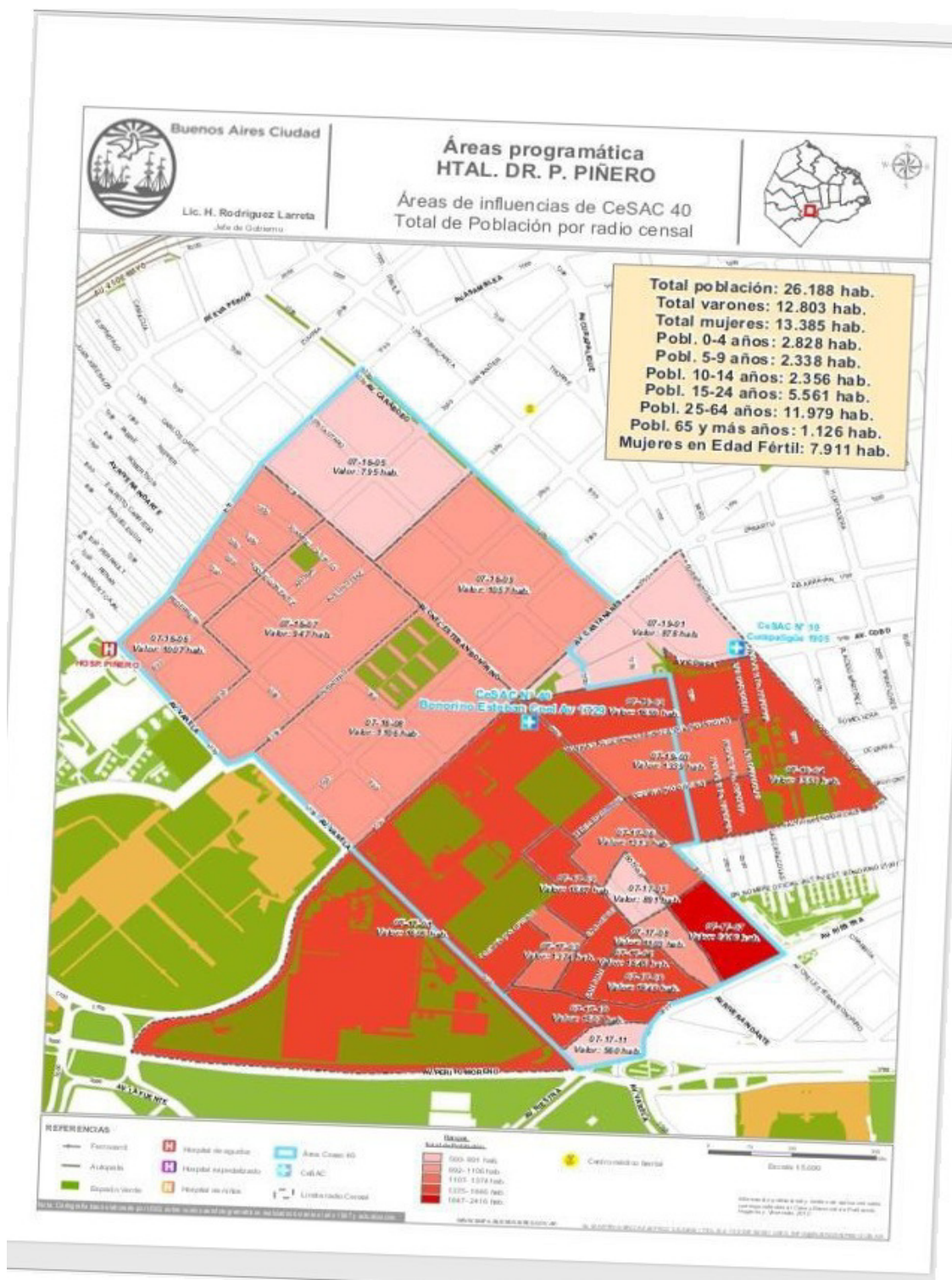


3.2.- Descripción del CeSAC 40

Particularmente en la zona de “Bajo Flores” se encuentran ubicados cinco CeSACs: el CeSAC N° 19, el N° 20, N°31 N°40 y el CeSAC N°48. Como se mencionó previamente el lugar elegido para situar la investigación es un Centro de Salud y Acción Comunitaria del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, el CeSAC N°40⁸. Dicho CeSAC funciona desde el año 2007, corresponde al área programática del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero y se encuentra ubicado en la entrada de la Villa 1-11-14, en la calle Esteban Bonorino 1729.

Mapa 8: Área de influencia CeSAC 40

⁸ Donde me desempeño actualmente.



El Centro de Salud cuenta con un equipo profesional integrado por distintas disciplinas: enfermería (4 profesionales), farmacéutica (1), fonoaudiología (1), medicina general (7), nutrición (1), obstetricia (2), odontología (4), pediatría (4), psicología (4), psicopedagogía (2), tocoginecología (2) y trabajo social (3). El Centro además tiene un equipo de

cuatro administrativos/as que recepcionan a los/as usuarios/as y realizan diversas tareas administrativas y cuenta con un vacunatorio. Funcionan los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Materno Infantil, Salud Bucal y Salud del Escolar.

La población que tiene a su cargo el Centro de Salud corresponde a algunas manzanas de la villa 1.11.14 (la delimitación se puede observar en el mapa anterior), aunque es necesario aclarar que los/as usuarios/as que asisten al Centro de Salud no siempre pertenecen a su área de influencia, ya que en muchas ocasiones la gente que se acerca es de barrios aledaños o de provincia de Buenos Aires. Para los/as usuarios/as la elección del Centro de Salud donde atenderse no siempre responde a la cercanía geográfica, surgen otros motivos que responden a elegir la calidad de atención de los/as profesionales, la posibilidad de acceder rápidamente a los turnos, la historia de la familia (familias que se mudan a otro barrio pero continúan atendiéndose en el mismo CeSAC), etc. Según datos recabados en los Análisis de Situación de Salud de la población de CABA, la mayor parte de residentes de la zona de influencia del CeSAC es migrante de países limítrofes que en general vive en condiciones de pobreza estructural, representa una población joven, que tiene un bajo nivel de escolaridad con alto porcentaje de empleo no formal y sólo utiliza el sistema estatal de salud.

Para describir el perfil epidemiológico y los motivos de consulta más frecuentes, tomaremos los datos recabados de un estudio (que presenta la información más actualizada disponible) de todas las consultas registradas en el CeSAC N°40 en el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2013 realizado por el equipo del Área Programática del Hospital Piñero. (Marconi y col., 2015).

En el período analizado en la investigación previamente mencionada se ingresaron 150.976 prestaciones en el CeSAC, lo que equivale a un promedio anual de 25.613 prestaciones en los 6 años analizados. Estas prestaciones correspondían a 34.899 personas registradas, que realizaron un promedio de 4,2 consultas por año entre 2008 y 2013. El 30% del total (10.470 personas) presentó una única consulta, esto podría deberse a las características migrantes de la población asistida. Hubo un 69,6% (105.086 prestaciones) de consultas realizadas por mujeres, un 46,1% (69 748) efectuadas por menores

de 15 años y un 1% (1 453) llevadas a cabo por mayores de 64 años. Se puede observar el predominio de atención a consultas de mujeres y niños/as y en mucho menor medida se acercan varones y adultos/as mayores. (Tabla 1)

TABLA 1. Número de prestaciones y registros poblacionales, distribución por sexo y edad, CeSAC Nº40, CABA, 2008-2013.

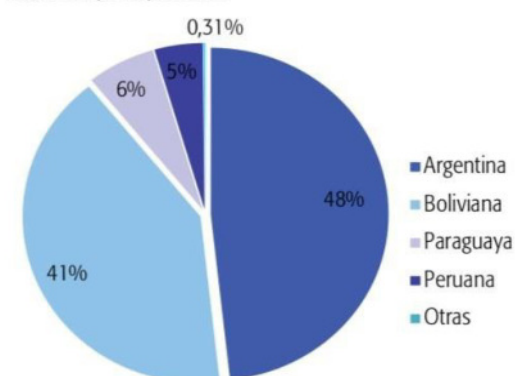
Prestaciones/registros	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número de prestaciones	16 540	27 959	17 088	27 948	30 354	31 087
Número de registros poblacionales	4543	5901	5161	5982	6391	6921
Consultas promedio por persona	3,6	4,7	3,3	4,7	4,7	4,5
Mujeres (% del total de prestaciones)	11 358 (67%)	19 815 (71%)	11 656 (68%)	19 407 (69%)	20 862 (69%)	21 988 (71%)
Menores de 15 años (% del total)	7974 (48%)	12 227 (44%)	8170 (48%)	12 737 (46%)	14 480 (48%)	14 160 (46%)
Mayores de 64 años (% del total)	88 (1%)	174 (1%)	100 (1%)	337 (1%)	344 (1%)	410 (1%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

De las nacionalidades registradas Argentina y Bolivia sumaron casi el 90% (Gráfico 2). En general se atienden en el CeSAC familias cuyo origen corresponde a la comunidad boliviana en gran parte y en menor medida de las comunidades peruana, paraguaya y argentina. Es necesario mencionar que en muchas de esas familias los padres y las madres son de nacionalidad boliviana, pero sus hijos/as son de nacionalidad argentina. En algunos casos se atiende familias que hace más de una década residen en el país, y en otros casos se reciben consultas de usuarios/as que recién llegan a la Argentina.

Respecto a los motivos de consulta, los 10 principales incluyeron eventos vinculados a: salud materno-infantil, desarrollo infantil, control de salud de los diferentes subgrupos, entrega de anticonceptivos y tamizaje de cáncer de cuello de útero. Los principales motivos de consulta asociados a patologías clínicas fueron “infecciones agudas de las vías aéreas superiores” y “obesidad y otros tipos de hiperalimentación” (Tabla 2). Al analizar los motivos de consulta registrados por los/as profesionales, se observa que los cuatro primeros corresponden a salud materna o de la mujer. Esto coincidiría con la distribución predominantemente femenina de los registros

GRÁFICO 2. Distribución de los registros de población según nacionalidad, CeSAC N°40, CABA, 2008-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

TABLA 2. Principales 10 diagnósticos del CeSAC N° 40, 2008-2013.

Motivo de consulta	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Control de embarazo normal	10 904	10,4
Control de salud del niño	7251	6,9
Atención para la anticoncepción	4669	4,4
Control de salud del lactante	3986	3,8
Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares	3935	3,7
Trastorno específico de la pronunciación y del lenguaje expresivo	3669	3,5
Examen de pesquisa especial para tumor de cuello uterino/útero	2891	2,8
Exámenes y contactos para fines administrativos	2664	2,5
Infecciones agudas de las vías aéreas superiores	1756	1,7
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	1654	1,6
Total de prestaciones	105 086	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

El Centro de Salud N°40 hace más de 11 años que abrió sus puertas a los habitantes de la zona. Se encuentra absolutamente instalado en la vida del barrio y es una referencia institucional para los/as vecinos/as. Los/as profesionales y los/as vecinos/as comparten fiestas tradicionales de las comunidades que habitan la zona (principalmente fiestas religiosas bolivianas), festejos propiciados por el CeSAC como “Día del Niño/a”, “Día de la mujer”, “Ni una menos”, actos y marchas con diversos reclamos, etc. Es decir que existe un intercambio y un entramado que ya hacen del CeSAC y su equipo parte de la historia y el presente de la Villa 1.11.14 y del Bajo Flores.

4.- Acerca de la Salud Sexual y Reproductiva en el “Bajo Flores”

A continuación se describen los programas, servicios e instituciones que abordan la temática de Salud Sexual y Reproductiva en la zona de nuestro estudio:

- Servicios de salud en el Centro de acción comunitaria N° 40: atención médica integral, psicoterapia individual, talleres de género y salud sexual y reproductiva, charlas sobre MAC y equipo ILE.
- Servicios de salud en los Centros de acción comunitaria N° 19, N° 20, n° 31, N° 48: atención médica integral, psicoterapia individual, equipo ILE y talleres sobre salud sexual y reproductiva

- Talleres sobre Género y Salud Sexual y reproductiva en comedores y diversas instituciones barriales a cargo de los equipos de salud de los CeSACs gestionados en muchas ocasiones por los/as referentes barriales (delegados/as de manzanas, responsables de comedores, etc.).
- Encuentros de mujeres en comedores, centros de jubilados/as y diversas instituciones del barrio gestionados por grupos de mujeres de la villa interesadas en diversas temáticas: violencia de género, salud sexual y reproductiva, actividades recreativas, etc. (En algunas ocasiones son organizados por militantes de diversas organizaciones políticas con inserción en el barrio).
- Además, funciona un equipo de consejería en educación sexual integral en la escuela secundaria EMEM N° 3 D.E. 19, compuesto por profesionales CeSAC 40, CeSAC 19 y La Otra Base del Encuentro y profesores/as que integran el equipo ESI (Educación Sexual Integral) del EMEM N° 3.

4.1. Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva

Se describió en el capítulo anterior el funcionamiento del dispositivo Consejería en Salud Sexual y Reproductiva propuesto por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable desde el año 2002. En estos dispositivos, conformados por profesionales de distintas disciplinas de la salud, se atienden consultas sobre diferentes situaciones y problemáticas vinculadas con la sexualidad de las personas. En las consultas se orienta, se acompaña y se contiene brindando información clara, actualizada y validada científicamente. Cada efector de salud fue conformando los equipos de Consejería tomando en cuenta diferentes variables: sus recursos humanos y materiales; personal jerárquico que avale o no las prácticas, historia y comunidad con la que trabajan, etc.

Repasaremos el marco legal que avala el trabajo de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva:

- Art 86 del Código Penal (1921) que otorga permisos para proveer un aborto legal (causales: violación, salud, riesgo de vida).

- Fallo Fal de la Corte Suprema (2012) donde se obliga al Estado a garantizar la ILE a cualquier mujer que haya manifestado una situación de abuso sexual sin necesidad de autorización judicial o denuncia policial.

- “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. (Ministerio de Salud, 2015) Dicho protocolo retoma la definición de la OMS vigente en nuestro país y con rango constitucional desde el año 2013, que alude a un completo bienestar bio-psico-social y no solo ausencia de enfermedad para pensar la causal salud desde una perspectiva integral. Además, señala que los equipos de salud son los primeros responsables de garantizar y no obstruir el derecho a la ILE.

Aunque existe un marco general y legal de trabajo, cada dispositivo tiene su sello particular en el abordaje cotidiano. A continuación, describiremos el proceso de trabajo del equipo ILE de la institución base para nuestra investigación.

4.2.- Equipo ILE del CeSAC 40

Debido a la cantidad de consultas que se recibían en el CeSAC 40 por embarazos no deseados y la práctica ya constituida de Consejerías en otros Centros de Salud, se constituye casi desde el inicio del funcionamiento del CeSAC un equipo para responder a dichas demandas. El equipo comienza denominándose Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y luego tomará el nombre de equipo ILE (Interrupción Legal del Embarazo) visibilizando más claramente la problemática del aborto en relación a su legalización. Cabe señalar que este recorrido respecto de la nominación del equipo se repetirá con diversos tiempos en el resto de los equipos en el área de salud. El equipo está compuesto por las siguientes disciplinas: medicina general, trabajo social y psicología.

Cuando se conforma la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir (2014) con alcance nacional, el equipo decide formar parte activa de dicha Red. Junto con el resto de los equipos (particularmente de CABA) y teniendo de contexto los avatares políticos y sociales respecto al tema (avance del movimiento de mujeres y de la Campaña por el derecho al aborto, presentaciones de proyectos de ley todos los años, etc.), se debate al interior

del equipo (con convergencias y divergencias) diversos temas y se van armando herramientas de trabajo que van perfeccionando el trabajo del equipo.

Una herramienta importante para el trabajo con la problemática en cuestión es el registro escrito de la consulta. El registro de las prácticas del equipo ha ido variando con el tiempo. Al inicio los registros eran artesanales y casi clandestinos para luego ir profesionalizándose y homogeneizándose con el resto de los equipos de CABA y del país. Actualmente se ha avanzado en un consenso respecto de lo que se debe consignar en las Historias Clínicas Digitales en CABA.

La relación con el resto del equipo del CeSAC también tuvo sus bemoles. Hubo que hacer un trabajo de sensibilización con el resto de los/as profesionales, que al principio se mostraban abiertamente en contra o con dudas y resquemores respecto a que desarrolláramos dicha práctica en el Centro. Con el área administrativa se realizó un trabajo particular. Su función es de vital importancia ya que son quienes recepcionan a las mujeres que se acercan a consultar. Se mostraron en general bastante receptivos/as y colaboradores/as. Hubo que trabajar para mantener la privacidad e intimidad que dichas consultas implican para las mujeres que se acercan a ventanilla solicitando ayuda. Con el área de obstetricia y ginecología también fue necesario un trabajo particular ya que en muchas ocasiones este tipo de consultas llegaban a dichos/as profesionales y algunos/as se mostraban reticentes al trabajo del equipo “ILE”. Hoy existe una fluidez en la relación e interconsultas entre profesionales y se cuenta con la ayuda de tocoginecología para la realización de ecografías necesarias para el proceso de ILE, tanto para la confirmación del embarazo como para el control posterior.

El vínculo con el segundo nivel de atención (Hospital Piñero) ha sido otro tema de vital importancia, ya que de acuerdo a los protocolos vigentes se pueden realizar ILE en el primer nivel de atención hasta la semana 12 de embarazo inclusive (primer trimestre). Luego de dicho tiempo es necesario acompañar y orientar para su resolución en el segundo nivel (Hospital General). Fueron necesarias muchas batallas para lograr cierta articulación (cuestión ríspida aun en la actualidad) con el servicio de Ginecología del Hospital (que en general se declaraba objetor y frecuentemente maltrataba a mujeres que se acercaban por esta cuestión). La acción articulada de los

equipos ILEs de los diferentes centros de salud pertenecientes al área programática del Piñero tuvieron vital importancia en el avance de la relación entre los diferentes niveles de atención, como también el Servicio de Trabajo Social del Hospital que muchas veces intermediaba y las acciones (reuniones, capacitaciones, actividades de sensibilización, etc.) del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de CABA que fue construyendo una red de acción.

Se mencionó previamente el salto cualitativo que implicó la publicación por el entonces Ministerio de Salud de la Nación del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” (2015) para todos/as, pero particularmente para las mujeres con decisión de abortar y para los equipos de salud que venían trabajando con la temática. En algún punto posibilitó salir de la clandestinidad y comenzar a llamar las cosas por su nombre.

De hecho, este protocolo ayudó a modificar la nominación de los equipos. Se empieza a mencionar oficialmente el concepto de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) lo que amplía los grados de libertad de los/as profesionales comprometidos con la temática. Los equipos que trabajaban con esta problemática también comienzan a denominarse equipos “ILE”, incluido el del CeSAC 40. En los primeros años de trabajo se enmarcaba como ILE sobre todo las situaciones que implicaban relatos de violencia sexual y en esos casos se entregaba la receta y/o la medicación (en el caso de contar con misoprostol en la farmacia del Centro de Salud). Actualmente gracias a la concepción de salud desde una perspectiva integral se aborda como ILE todas las situaciones en que consulta una mujer que decide no continuar un embarazo y se le otorga la medicación correspondiente en casi la totalidad de los CeSACs de CABA. Los/as profesionales han tomado activamente la lucha por la visibilización y legalización del aborto, incluso asumiendo grandes riesgos aun en la actualidad.

Actualmente luego de un recorrido y de años de experiencia se ha profesionalizado y organizado el proceso de trabajo del equipo ILE. Se atienden las consultas en duplas interdisciplinarias y rigen los siguientes principios en la práctica del equipo: autonomía de la persona gestante, accesibilidad, no judicialización, confidencialidad y celeridad. Los/as usuarios/as llegan por demanda espontánea o por derivación de cualquier

servicio del CeSAC u otra institución, como por ejemplo: la red de profesionales por el derecho a decidir. Se dispone de horarios todos los días de lunes a viernes para atender las consultas.

El proceso de atención del equipo consta de diferentes momentos. En un primer momento se recibe la consulta con un espacio de escucha. El equipo acompaña y respeta la decisión de cada persona sin tomar posición. Se indica una ecografía para confirmar si hay embarazo y el tiempo de gestación. En este momento se intenta detectar situaciones de coerción o presión de parte de la red vincular de la persona que consulta que no permitan la toma de decisión en libertad. Se informa, se despejan las dudas y se respetan los tiempos en caso de necesidad de retornar en otro momento si aún no hay una decisión tomada. Sin embargo, se aclara y se orienta respecto al tiempo disponible para que la práctica se realice de la manera más segura y efectiva. En el caso de que se decida continuar con el embarazo, se garantiza el acceso a los controles necesarios y se deriva al servicio de ginecología y obstetricia del CeSAC.

En el caso de tomar la decisión de interrumpir se explica el marco legal y se identifican las causales de la ILE (salud, violación o riesgo de vida) de acuerdo al relato de la persona que consulta. Se realiza una anamnesis y si el tiempo de gestación está dentro del primer trimestre el tratamiento se realiza de manera ambulatoria en el lugar que elija la persona. Se explica el funcionamiento del misoprostol y se anticipan los posibles síntomas físicos. También se informan las pautas de alarma para acudir a una guardia de un hospital en el caso de ser necesario. Se solicita la firma de un consentimiento informado y una declaración jurada en el caso de haber padecido violencia sexual. En la misma consulta se provee la medicación (misoprostol y analgésicos por si se presenta dolor) y se da un turno para realizar el control posterior al aborto. En el caso de que la persona consultante se encontrara en el segundo trimestre de gestación se realiza una derivación acompañada al segundo nivel de atención, el Hospital Piñero.

El proceso de atención de la ILE finaliza con un control post-aborto donde se abre nuevamente un espacio de escucha de lo vivenciado por la mujer. Se indica nuevamente una ecografía de control para verificar que la medicación haya tenido efecto y que no queden restos en el útero. En el caso

de que falle la medicación se puede repetir tres veces el procedimiento. Luego de estos tres intentos se debe derivar al segundo nivel de atención para su resolución. La atención post aborto culmina con el acompañamiento para la elección y acceso a un método anticonceptivo.

4.2.1.- Algunos indicadores del acceso a ILE en el CeSAC 40

A continuación describiremos algunos indicadores referidos al acceso a la interrupción legal de embarazo (ILE) y al perfil y características de la población que accede a ILE en el CeSAC 40, elaborados en base a datos recogidos por la investigadora y también en base a un informe realizado por el equipo de Coordinación de Salud Sexual del GCBA (con datos recogidos por el equipo ILE del CeSAC 40).

Se tomará en cuenta para la investigación datos correspondientes al período 2017-2018, aunque se considerarán algunos números respecto del 2016 aportados por el informe de la Coordinación de Salud Sexual de GCBA. Es necesario aclarar que en el bienio 2017-2018 (recorte temporal tomado para la investigación) fue perfeccionándose el registro. En el año 2018 se le da más valor a la sistematización del registro de las consultas por una necesidad de los equipos ILE y de la Coordinación de Salud Sexual de GCBA de visibilizar la problemática y para profesionalizar aún más la atención de ILE. Por tal motivo del año 2018 se dispone de mayor cantidad de datos y se comienza a dar más importancia al registro en la Historia Clínica Electrónica (HCE). Es necesario añadir además, que en algunos ejes de análisis aparece incompleto el registro ya que lo que se registre depende de varios factores: del profesional que esté realizando la consulta, del tiempo que se disponga en la consulta, de los datos que desee dar la persona que consulta, etc.

En el siguiente cuadro se detallan los casos de ILE a los que se dieron acceso, durante los años 2016, 2017 y 2018 para el CeSAC 40, según la Coordinación de Salud Sexual de GCBA (2019).

Cuadro 1: Síntesis de los indicadores del CeSAC 40 y su relación con los valores totales de la Ciudad

		Mujeres con “cobertura completa” anual			ILE		
	EFFECTOR	2016	2017	2018	2016	2017	2018
CeSAC 40		411	494	567	19	32	115
Total anual CABA		26.853	32033	36022	538	1899	4858

Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. 2019.

Cantidad de “mujeres con cobertura completa” en métodos anticonceptivos: se refiere a las mujeres a las que se brindó “cobertura completa” durante todo el año con algún método anticonceptivo.

El indicador “ILE” se refiere al número de situaciones de interrupción legal del embarazo que fueron atendidas (es decir a las que se les dio acceso y fueron resueltas por el establecimiento o fueron derivadas a otra institución para su resolución). Según el informe de la Coordinación de Salud Sexual en el CeSAC 40 se dio acceso a 19 ILE en 2016, 32 en 2017 y 115 en el año 2018. Existe una diferencia de números respecto de los datos recogidos por la investigadora (ver cuadro N°2) ya que según los registros internos del equipo, en el año 2017 se atendieron 71 consultas (de las cuales 2 mujeres decidieron continuar el embarazo). La diferencia es posible comprenderla debido que hasta el 2017 el equipo del CeSAC registraba como ILE en general solo las situaciones donde se presentaba violencia sexual. Esto cambió en el año 2018 cuando se comenzaron a registrar todas las interrupciones voluntarias de embarazo bajo el concepto de ILE. Registrar como ILE implica darle más formalidad a la consulta ya que se completa una declaración jurada (con copia para la consultante y copia para el equipo) y también implica garantizar la entrega de la medicación correspondiente. En 2018 el total de consultas recibidas por el equipo fueron 117 (de las cuales una mujer decidió continuar el embarazo y otra no estaba embarazada luego de certificarlo con ecografía) por lo cual en este caso los datos recabados por la investigadora y los datos elaborados en el informe de la Coordinación de Salud Sexual coinciden: 115 mujeres accedieron a ILE.

Cuadro 2: Cantidad total de consultas y de ILE en el periodo 2017-2018

	2017	2018
Total ILE	69	115
Decide continuar embarazo	2	1
Sin embarazo	0	1
Total	71	117

Fuente: Registros propios del equipo ILE.

Del 2017 al 2018 aumentaron aproximadamente un 64% la cantidad de consultas (de 71 a 117). Este gran aumento puede deberse a varios factores: mayor visibilización de la temática, mayor acceso a la información debido al avance de los movimientos feministas: (a través de medios masivos de comunicación y la utilización de las redes sociales: publicación de efectores amigables y equipos ile adonde acercarse) avance en la conciencia de las mujeres acerca de sus derechos, profesionalización de los equipos, etc.

Según el informe de Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS (2019) en el año 2018 en la Ciudad de Bs. As. se dio acceso a un total de 4858 ILE. Para los 39 CeSAC que dieron acceso a ILE durante ese año el valor mínimo fue de 9 situaciones asistidas, 538 el máximo y 94 el valor promedio. Es importante destacar que el CeSAC 40 está por encima del promedio.

El informe de la Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS (2019) profundiza el análisis de algunos indicadores respecto del trabajo del equipo ILE en el año 2018. Allí se indica que el 94 % de las situaciones fueron resueltas en un tiempo “menor a 2 semanas”, habiéndose resuelto el 57 % en el día y el 6% en más de 2 semanas. Las causales de ILE registradas fueron: 56% salud, 41 % violación y 3% riesgo para la vida.

En relación a la oferta y provisión de métodos anticonceptivos post-aborto, 72 mujeres (63%) recibieron un método. De esas 72 mujeres el 40% adoptó inyectable, el 24 % se colocó un implante, el 24 % adoptó anticonceptivos orales, el 8% DIU y el 4% restante, preservativo. El equipo del CeSAC realizó además la derivación de una paciente para la realización de ligadura tubaria. Si nos centramos en la clasificación de los métodos según su duración, el CeSAC 40 cubrió al 68% de las mujeres con métodos de corta duración y 32 % con larga luego del evento ILE. De las 37 mujeres que se fueron sin un método: se registró la realización de consejería para 3 mujeres y

en 31 casos no fue posible establecer comunicación para el seguimiento de la paciente.

A modo de síntesis, se presenta un cuadro resumen del año 2018 de los indicadores comparando el CeSAC 40 con los globales de la ciudad de Bs As.

Cuadro 3: Síntesis de los indicadores de “Acceso a métodos anticonceptivos” e ILE del CeSAC 40 y su relación con los valores totales de la Ciudad

Indicador	Datos para la ciudad de Bs. As. (2018)	Datos CeSAC 40
Mujeres con cobertura completa	36022	567
Proporción de mujeres con cobertura completa a las que se brindó un método de larga duración (DIU, implante, SIU y ligadura tubaria)	52%	32%
Situaciones de ILE atendidas	4858	115
Proporción de adolescentes (10-19 años) sobre total de mujeres que tuvieron acceso a ILE	16%	19%
Proporción de mujeres que llegaron a ILE con edad gestacional “hasta 12 semanas”	85%	97%
Proporción de situaciones de ILE que se resolvieron en un plazo de “hasta 2 semanas”	84%	94%
Proporción de mujeres que recibieron AIPE (*) después de ILE	65%	63%
Proporción de mujeres que tuvieron en el post aborto un método de larga duración	44 %	32%

(*) AIPE significa: anticoncepción inmediata pos evento obstétrico. Implica el acceso de la mujer a un método anticonceptivo en el período posterior a un evento obstétrico –puerperio o posaborto- ya sea parto vaginal, cesárea o aborto antes del alta hospitalaria (48hs), que le permita posponer o no tener otro embarazo.

Fuente: Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. 2019.

En comparación a la ciudad, el CeSAC 40 tiene una proporción similar de mujeres adolescentes (10-19 años) que acceden a ILE. Uno de los indicadores de calidad en el acceso a ILE, es el de proporción de situaciones resueltas en “hasta dos semanas”, tiene un valor mayor para el CeSAC 40 (94%) que para el total de la ciudad (84%). Finalmente, con respecto al método anticonceptivo post-aborto, el centro tiene un indicador similar al del total de CABA, sin embargo en cuanto a la duración del método, el porcentaje de mujeres que reciben métodos de larga duración (32%) es inferior al de Ciudad (44%). Este dato permite dar cuenta de una cuestión a trabajar en el futuro para el equipo. (Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS, 2019).

4.2.2.- Caracterización de usuarias que accedieron a ILE en el CeSAC

Realizaremos a continuación una **caracterización de las mujeres en situación de aborto que consultaron en el CeSAC 40 en el bienio 2017-2018**. Los datos obtenidos de las historias clínicas permitieron esbozar un perfil socio-demográfico de las usuarias.

Respecto a la edad gestacional con la que llegaron las mujeres a hacer una ILE: el 97% llegó con una gesta menor o igual a 12 semanas. El porcentaje mayor (24%) de las consultas se ubica en la semana 7 de gestación. De acuerdo a los números del cuadro (ver cuadro N°4) podemos observar que en general las mujeres consultan con tiempo prudencial para realizar un ILE.

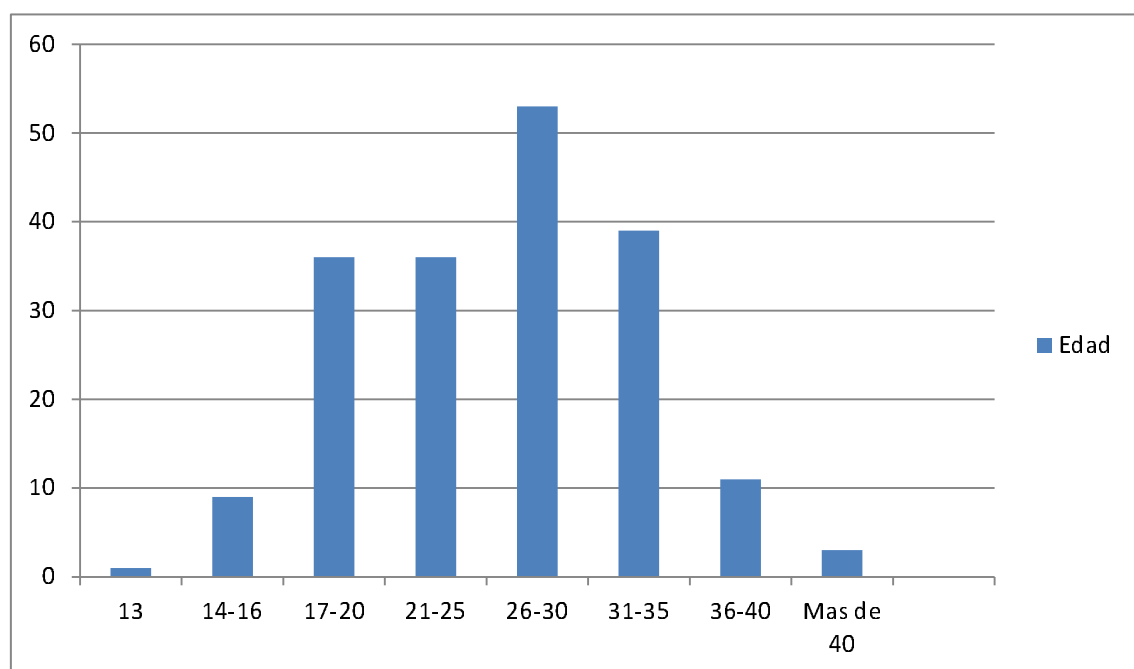
Cuadro 4: Edad gestacional al momento de la consulta de acuerdo a ecografía.

Edad Gestacional al momento de la consulta (EG) x Eco	2017	2018	Total
menos 6 semanas	2	5	7
6 semanas	14	18	32
7 semanas	16	28	44
8 semanas	14	24	38
9 semanas	8	15	23
10 semanas	6	9	15
11 semanas	5	10	15
12 semanas	0	3	3
13 semanas	2	1	3
14 semanas	1	1	2
Total	68	114	182

Fuente: Registros propios del equipo ILE.

Con respecto a la edad de las mujeres que tuvieron acceso a ILE el rango fue de 13 a 45 años, con una edad promedio de 26 años. La proporción de adolescentes (13-20 años) sobre el total de consultantes fue del 24 % tomando el bienio 2017-2018. Como se puede observar en el siguiente gráfico la mayor cantidad de consultas se ubica en la franja etaria de 26 a 30 años (28%). De 13 años solo hubo un ILE y mayor de 40 años solo 3.

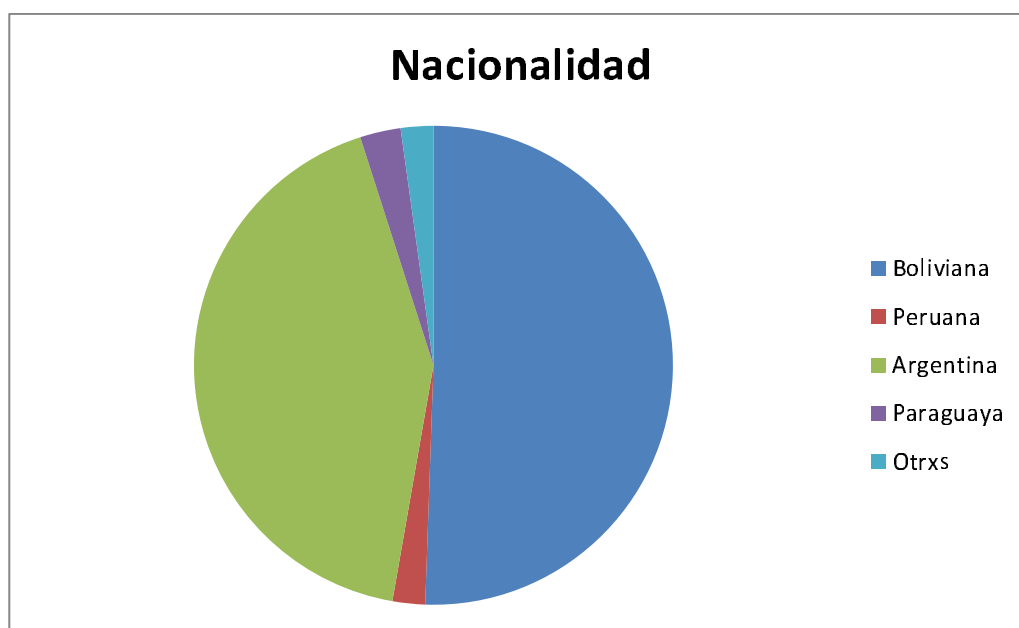
Gráfico 1: cantidad de consultas de acuerdo a la edad 2017-2018



Fuente: Registros propios del equipo ILE.

Respecto a la nacionalidad de las consultantes podemos observar el siguiente gráfico.

Grafico 2: cantidad de consultas de acuerdo a la nacionalidad 2017-2018



Fuente: Registros propios del equipo ILE.

El 50% de las consultantes fueron de nacionalidad boliviana. Este dato es coherente con la fuerte presencia de la comunidad boliviana en el barrio.

Respecto del oficio u ocupación de las mujeres consultantes el registro es incompleto, sin embargo por los datos que tenemos se puede observar que de los oficios el que presenta el mayor porcentaje (23%) es el de costura y un 33% son estudiantes.

Cuadro 5: Cantidad de consultas de acuerdo a la ocupación

Ocupación	Total
Ama de casa	6
Empleada	18
Limpieza	8
Comercio/cuentapropista	8
Desocupada	9
Costura	26
Estudiante	37
Total	112

Fuente: Registros propios del equipo ILE.

El 62% de las mujeres se encontraban en pareja al momento de la consulta. (2017-2018), y un 38% declaraba no estar en pareja. El 74% del total

de mujeres que accedieron a ILE refirio tener hijos/as. De ellas un 34% tenia un/a solo hijo/a y un 32% dos hijos/as.

Respecto a la categoria de uso de Metodos anticonceptivos (MAC) al momento de la consulta, se puede observar que también se encuentra incompleto el registro. Sin embargo de los datos que se disponen se puede inferir que un alto porcentaje, el 55% del total, declaraba haber usado MAC al momento de quedar embarazada.

Cuadro 6: Cantidad de consultas de acuerdo al uso de MAC al momento del embarazo durante el periodo 2017-2018

Utilizaba MAC	Total
SI	81
NO	66
Total	147

Fuente: Registros propios del equipo ILE.

De las que usaban algun MAC el 61% usaba preservativo y aproximadamente el 27% utilizaba ACO (anticonceptivos orales), y en mucho menor proporcion DIU (4 casos) y ACI (inyectables) (4 casos). Al indagar en las entrevistas se escucha que los fallos de los MAC se deben en gran medida a un uso inadecuado del metodo, lo cual nos obliga a reflexionar respecto de la necesidad de continuar trabajando sobre el acceso a MAC.

Tomando el bienio 2017-2018 el 10% del total de mujeres comentó haber realizado un aborto voluntario previo en el pasado. De este total: 19 casos, 14 se había realizado un solo aborto, 4 mujeres dos abortos y solamente una mujer confirmó haber pasado por 4 abortos voluntarios. Es posible que esta categoría tambien este subregistrada.

Por último, mencionaremos que el 44% de las mujeres consultadas afirmó estar viviendo una situacion de violencia de género al momento de la consulta. Número alarmante que nos lleva a reflexionar acerca de una frecuente asociacion entre aborto y violencia de género en las mujeres que accedieron al dispositivo en el período estudiado. Es importante mencionar el fuerte predominio de una cultura machista en las comunidades que habitan el barrio estudiado.

Resumiendo

Para finalizar es necesario mencionar la necesidad de una política de salud que construya equidad para un Sur históricamente relegado en una ciudad rica en recursos humanos y materiales. Apreciamos en este capítulo los indicadores relevados para la Comuna 7 y la zona que nos preocupa: Bajo Flores, que confirma una realidad que condena a sus habitantes a una categoría de ciudadanos de segunda, con una existencia con mayor probabilidad de enfermedad y muerte, que podrían ser evitables.

Una política de Salud Integral incluye la Salud Sexual y Reproductiva. En este tema pudimos observar que se reproduce la desigualdad. Mencionamos en el capítulo un dato alarmante: del total de los embarazos que se atendieron en las maternidades estatales de la ciudad en el año 2016, en un 60% de los casos las mujeres expresaron no haber planificado su embarazo. De las mujeres que señalaron que no planificaban un embarazo, el 80% no utilizaba ningún método anticonceptivo. En el caso del Hospital Piñero las mujeres que expresaron no haber planificado su embarazo llegaba a un 89%, el porcentaje más alto de la ciudad. Estos indicadores nos demuestran la urgente necesidad de continuar trabajando en brindar las herramientas necesarias para que las mujeres puedan decidir sobre su propio cuerpo y planificar en el caso de desearlo la cantidad e intervalo de embarazos que desean tener.

Las políticas las construyen no solo los poderes centrales sino también las prácticas cotidianas. A pesar del oscuro panorama que nos presentan los números; la organización y profesionalización cada vez mayor de los equipos de salud y particularmente de los equipos ILE, comienzan a estar a la altura de las demandas de las mujeres respecto de sus necesidades de salud y particularmente de sus derechos sexuales y reproductivos. Mujeres que demandan con voz cada vez más potente y con paso firme su necesidad de ser oídas.

En este sentido es necesario destacar el progresivo aumento a lo largo de los años de la cantidad de consultas recibidas en el equipo ILE, lo cual puede indicar una mayor accesibilidad a ILE de las mujeres del barrio en un efector de salud. Vemos entonces que aunque no se ha logrado aún una Ley

de Interrupcion Voluntaria del Embarazo en nuestro pais, en la vida cotidiana de muchas mujeres ya se ha constituido en un hecho legitimo.

Capítulo 3: “La dimensión subjetiva de la interrupción voluntaria del embarazo. Impacto emocional y psíquico del proceso de IVE”

“... por más eficientes que sean las estrategias de disciplinamiento, control, desigualación y los universos de sentido instituidos al respecto, siempre queda un resto que no puede ser disciplinado. Un resto que resiste a los procesos de subalternización y dominio. Y es desde allí desde donde siempre es posible que lo insumiso advenga”
(Ana María Fernández, 2017: 31)

En este capítulo analizaremos la dimensión subjetiva de atravesar una experiencia de aborto voluntario. Para ello presentaremos a las entrevistadas, analizaremos las entrevistas realizadas a los fines de la investigación y tomaremos algunos conceptos para pensar el impacto emocional y los efectos psíquicos posibles de realizar una interrupción voluntaria de un embarazo.

Asimismo, se describirán los diferentes momentos que atraviesan las mujeres al abortar, tanto antes, durante como después de la IVE. Además, se caracterizará el proceso de construcción de la decisión de abortar y los motivos que suelen tener en cuenta las mujeres para construir esa decisión. En este sentido, se diferenciará el sufrimiento psíquico que puede acontecer durante el proceso descrito de abortar, de la patologización con la que ciertos grupos anti derechos suelen asociar el aborto.

También, se describirá brevemente la relación histórica y actual de las mujeres con el sistema de salud. En esta línea, se analizará el vínculo que se ha ido construyendo entre el equipo ILE del Centro de Salud y las mujeres. Se mencionarán, además, algunas de las tantas dificultades de acceso que en muchas ocasiones atraviesan las mujeres en el complejo camino de abortar en nuestro país.

De este modo, se analizará a través de los relatos de las entrevistadas como impacta la cuestión de la legalidad/ilegalidad y el estigma social del aborto en sus respectivas vivencias. Este análisis posibilitará reflexionar sobre

el encuentro de dos legalidades: la ley de la polis y la ley del deseo en el proceso de abortar. Y por ello, se mencionará además la importancia del trabajo del equipo ILE, como legalizador del proceso de aborto según la mirada de las mujeres.

Cabe señalar que se comentarán los efectos del proceso de abortar en la vida sexual de las mujeres y la importancia de los métodos anticonceptivos sobre todo en el momento posterior al aborto, a fin de garantizar un legítimo acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente se rastreará que lugar tienen algunos vínculos para las mujeres a lo largo del proceso de IVE. Para ello se caracterizará lo que sucede con las relaciones de pareja y se mencionará el lugar frecuente de la violencia machista, según las palabras de las entrevistadas. También se analizará la sororidad presente en las experiencias de aborto y los efectos saludables del acompañamiento de otras mujeres para aquellas que deciden abortar. Por último, se destacará la enorme soledad y silencio con la que muchas mujeres atraviesan sus abortos y la importancia y valentía de animarse a construir relatos propios y socializar las experiencias de ILE.

1.- Los abortos

Las mujeres significan sus prácticas abortivas de diversa manera. Es por ello que consideramos pertinente hablar de “los abortos”. Es importante señalar que esta construcción significativa tiene como contexto en nuestro país la ilegalidad de la práctica, cuestión que transversaliza el proceso. Proceso que por ser ilegal en muchas ocasiones se realiza en la clandestinidad. Sin embargo es necesario señalar que la cuestión de la legalidad no dirime, ni resuelve los dilemas subjetivos que atraviesa una mujer al interrumpir voluntariamente un embarazo. La manera particular y singular de atravesar un aborto para cada mujer y persona gestante produce efectos psíquicos que intentaremos rastrear en esta investigación. Estos efectos no necesariamente indicaran patologías o consecuencias patológicas. En muchas ocasiones optar por una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) puede producir alivio y en otras malestar o sufrimiento psíquico.

Hemos mencionado anteriormente que no es lo mismo vivenciar un aborto en un país donde está legalizado o donde es punible. No es lo mismo que aborte una mujer perteneciente, por ejemplo, a la clase alta de zona norte de la capital, que una mujer perteneciente a un sector empobrecido de la zona del Bajo Flores (zona sur de CABA), o del conurbano bonaerense o del interior del país. Tampoco es lo mismo un aborto en la actualidad que hace 50 años o en otro momento histórico. Es pertinente entonces, el pasaje del concepto del aborto en singular a “los abortos”. Es decir, se hace necesario ubicar las coordenadas en que se vivencian las experiencias. Al respecto dicen Fernández y Tajer: *“Si desde la mirada del dispositivo médico, la diferencia entre los abortos se establece según las características del cuerpo, la edad, los tiempos del embarazo, etc., desde el campo de la subjetividad la particularizaciones de estos procesos se establece en torno a otros organizadores de sentido: de que mujer estamos hablando (clase, edad, etnia, opción sexual, etc.), que tipo de vínculo -si lo hubiera- tiene con su partenaire, en que situación subjetiva se encuentra la mujer, en que momento de su proyecto de vida, entre otros”* (2006:4).

De este modo desde la óptica del campo de la subjetividad intentaremos ubicar las coordenadas de la experiencia del aborto en las mujeres entrevistadas. Para ello caracterizaremos a nuestras entrevistadas de acuerdo a algunos organizadores de sentido importantes para esta investigación.

1.1- Caracterización de las entrevistadas

Las entrevistas fueron realizadas entre el mes de febrero y el mes de diciembre de 2019. Todas ellas se realizaron en el ámbito del Centro de Salud. Primeramente, se contactó a las mujeres telefónicamente, de acuerdo a los datos registrados en las historias clínicas. Fue un proceso arduo y complejo ya que muchas mujeres habían cambiado el número o no estaban ubicables, cuestión que sucede con frecuencia con la población que asiste al CeSAC. Otras mujeres con las que se había pactado la entrevista luego no se presentaban, otras no quisieron acceder por diversos motivos. Algunas argumentaban no disponer de tiempo, sobre todo aquellas que tenían hijos/as, etc. Hay que considerar que, hablar sobre la experiencia de un aborto, no es cosa sencilla. Por el contrario, en general es un tema sensible en la vida de una

mujer y también es un tema en debate en nuestra sociedad actual. Finalmente se seleccionaron y se pudo entrevistar a diez mujeres que se atendieron entre los años 2017-2018 en el equipo ILE del CeSAC y que accedieron voluntariamente a dar su testimonio. Cabe aclarar que la investigadora fue parte del acompañamiento del proceso de ILE de cada una de ellas en el momento en que consultaron. En la presente investigación se hablará de “mujeres”, por el simple motivo de que así se autoperciben las personas que accedieron a ser entrevistadas, sin embargo es necesario mencionar que las mujeres no son las/los únicas/os sujetas/os que abortan, ya que el aborto se produce también en personas gestantes con diversidad en la identidad de género.

En relación a la *nacionalidad*, de las diez mujeres, cinco de ellas eran bolivianas, tres argentinas, una peruana y una de nacionalidad paraguaya. De las extranjeras, en general la mayoría tiene varios años de residencia en el país, algunas incluso desde la infancia. En cuanto a la *edad*, al momento de la entrevista presentan variedad respecto a la franja etaria. Nombraremos a nuestras entrevistadas con nombres ficticios para resguardar su identidad y detallaremos la edad de cada una al momento de la entrevista: Celia: 17 años; Ema: 18; Laura: 20; Karen: 21; Yesica: 23 años; Natalia: 24; Carolina: 30; Ofelia: 34; María: 35 y finalmente Gisela: 40 años. Es necesario tener en cuenta que al presentarse a la entrevista había ocurrido un lapso aproximado desde un año hasta más de dos años en algunos casos, respecto del momento del aborto. Todas las mujeres entrevistadas cursaban una gestación menor o cursando las 12 semanas al presentarse a la consulta, ya que ese es el límite permitido por el protocolo para atención en el primer nivel.

Respecto al *barrio de residencia*, siete de ellas son habitantes de la Villa 1.11.14, una del Barrio Rivadavia (queda enfrente del CeSAC y de la villa), otra refirió vivir en el barrio “Los Piletones” de Villa Soldati (barrio cercano al CeSAC) y otra manifestó ser oriunda de la zona de San Justo, provincia de Buenos Aires. Como se comentó en el capítulo anterior, las/los usuarias/os del Centro de Salud en general se atienden allí por cercanía geográfica pero, en otras oportunidades, por elección y/o recomendación. En el caso del tema que nos ocupa muchas mujeres vienen derivadas al equipo ILE por la Red de

profesionales por el derecho a decidir, otros efectores de salud u otros organismos.

En referencia a los *estudios alcanzados* también se observa bastante variabilidad. Solo una mujer manifestó no haber terminado los estudios primarios y otra comentó haberlos finalizado. Tres de ellas expresaron no haber terminado sus estudios secundarios. Una usuaria explicó que se encontraba estudiando estudios terciarios al momento de la entrevista y otra manifestó haber terminado una tecnicatura. Finalmente tres de ellas se encontraban realizando estudios universitarios (dos de ellas en el Ciclo Básico Común o CBC de la Universidad de Buenos Aires).

En relación a la *ocupación* la mayor cantidad de las entrevistadas, cuatro de ellas, refirieron desempeñarse en el rubro de venta o trabajar en comercios, siguió en importancia el rubro de estudiante (dos entrevistadas que desarrollaban estudios universitarios y no trabajaban) y desocupadas (dos usuarias, una de ellas estando en la condición de prisión domiciliaria). Finalmente, una de las mujeres declaró trabajar en limpieza y otra de ellas manifestó ser ama de casa y manicura. Las mujeres que se encontraban trabajando, en general, desempeñaban sus oficios en condiciones de precariedad laboral sin derechos laborales garantizados. Es necesario mencionar que todas las entrevistadas pertenecen a un sector social de bajos recursos económicos, tal como se describió en la caracterización de la población que generalmente se atiende en el CeSAC.

Respecto al *estado civil*, la mitad de las mujeres refirió no estar en pareja y la mitad también expresó no tener hijos/as al momento de la entrevista. Por último, respecto al *grupo conviviente* de las entrevistadas, cinco de ellas contaron que vivían solo con sus hijos/as, dos vivían solas, una con su familia de origen (madre, padre y hermanos/as), otra manifestó convivir con su pareja solamente y, finalmente una expresó estar conviviendo con su hermana y un sobrino al momento de la entrevista.

De este modo, de acuerdo con las categorías de edad, nacionalidad, estado civil, estudios, ocupación y grupo conviviente podemos observar que las entrevistadas presentan características diversas y heterogéneas, enriqueciendo el trabajo de campo y aportando amplitud a la investigación empírica.

A continuación les daremos la palabra a **ellas, las protagonistas**. Como se mencionó previamente para respetar su anonimato las mencionaremos con nombres de fantasía.

2.- Itinerario de un aborto: los tiempos del aborto

El proceso de abortar consta de diferentes momentos significativos que recorre cada mujer. Un primer momento de anoticiamiento del embarazo. A continuación sigue un momento de construcción de la decisión de interrumpir dicho embarazo. Luego las vivencias en torno a la práctica de interrupción en sí misma y, finalmente, el momento posterior al aborto. Esta experiencia implica transitar tiempos cronológicos -las semanas de gestación y su relación con la realización de las prácticas en tiempos indicados por la medicina para reducir riesgos en la salud de las mujeres y realizar el aborto de la manera más segura posible- y tiempos subjetivos -que no siempre guardan relación con los tiempos cronológicos a tener en cuenta-. En muchas oportunidades las mujeres deben acelerar y precipitar una decisión que en otra circunstancia les hubiera llevado más tiempo. Y en otras oportunidades deben calmar la ansiedad y esperar a los tiempos indicados para una interrupción efectiva y eficaz.

A continuación se describirá el itinerario de un recorrido que realizan las mujeres al momento de llevar adelante un aborto. Es necesario aclarar que la distinción por momentos es solo para fines expositivos ya que las mujeres relatan sus experiencias de manera integral y cada momento guarda relación con el otro como parte de un proceso.

2.1.- ¡Novedades!: lo inesperado

Tomar conocimiento de un hecho o suceso en general no planificado, no deseado, etc. no suele recibirse de manera grata, menos si este acontecimiento es en un embarazo. Cada experiencia es diferente, singular y supone circunstancias irrepetibles para cada mujer, sin embargo al momento de anoticiarse del embarazo la mayoría de las entrevistadas experimentó sorpresa por lo “no esperado” y puede dar inicio a un momento de crisis subjetiva. En algunos casos se había considerado previamente en la

posibilidad de un embarazo y en otros casos nunca había surgido en el ámbito de los pensamientos conscientes.

Pistani y Ceccato a partir de su trabajo con mujeres que consultaron en Consejerías Integrales de Salud Sexual y Reproductiva en CABA describen este momento de la siguiente manera: *“Podemos señalar que es el momento de mayor angustia y desolación de las mujeres que llegan a consultar, ya sea por lo inesperado de la noticia, por el contexto de la misma o por no saber a quién recurrir. El anoticiamiento de un embarazo no planificado, en muchas mujeres significa un hecho que irrumpe en su existencia, generando ansiedad, desorganizando el pensamiento y poniendo en marcha mecanismos de defensa y/o negación”* (2014:366) Por su parte Daniela Dosso en su investigación sobre Consejerías en la provincia de Buenos Aires sostiene que en este momento las mujeres: *“Al enterarse del embarazo los sentimientos que manifestaron haber experimentado fueron variados, pero en todos los casos implicaron un cierto grado de padecimiento subjetivo”* (2013: 83) Suele ser un momento de urgencia subjetiva y para los equipos ILE son consultas que tienen estatuto de situaciones de urgencia que requieren una atención en lo posible inmediata.

Nuestras entrevistadas describen este momento inicial de la siguiente manera: *“Algo que no me lo imagine nunca, porque no era el momento, no me lo esperaba, no quería”*. (Natalia) Esta mujer recuerda haber sentido desesperación, angustia y rechazo en ese momento. Otra de las entrevistadas, Ofelia, resalta el efecto sorpresa: *“Como no me llevaba bien con mi pareja y sorpresivamente estuve embarazada”*.

Celia dice: *“Yo me sentía rara porque siempre me venía una fecha y de repente una semana no me vino la fecha que me tenía que venir y se me atraso... Una semana después, fuimos, compramos el test. Vinimos. Yo estaba enojada, muy enojada...de repente hice la prueba. Estábamos ahí los dos, él se voltea y me dice: “Salió positivo”. Me abraza y quedé como sorprendida... nos sorprendimos los dos. El me abraza y yo me quede diciendo: “¿qué voy a hacer? No puedo creerlo”. Pero a la vez lo quería. No pude dormir. Toda la noche me quede despierta. Quería contarle a alguien”*. Carolina por su parte refiere: *“Me sentía muy mal, no sabía qué hacer. Si era bueno o era malo. Me sentía muy angustiada cuando me entere que estaba embarazada. En parte lo*

vi que estaba bien, y en parte veía mi realidad y decía: no, no. No lo esperaba, tampoco quería, me sentí muy mal...” En estos relatos se menciona nuevamente el efecto de lo sorpresivo.

Hay mujeres que poseen un claro registro mnémico de ese momento. Dice Karen: *“Yo recuerdo muy bien los primeros 5 minutos al enterarme que estaba embarazada. Fue a la mañana antes de ir a cursar al CBC... Me hice un test y salieron dos rayitas y lo primero que sentí fue una especie de entusiasmo, felicidad, nervios. Había mucha adrenalina en mi cuerpo los primeros 5 minutos. Después me di cuenta que no podía quedar embarazada y que no podía tener un hijo y que no estaba bien tener un hijo para mí. Ahí empecé a sentirme mal. Empecé a buscar desesperadamente alguna manera de abortar”*. Se destaca de este relato la claridad del recuerdo -aunque habían pasado algunos años ya-, y la multiplicidad de sentimientos y pensamientos en tan corto tiempo. Por su parte, Laura expresa: *“Recuerdo todo. No lo podía tener por miedo a que me diría mi mamá, como me sentiría yo en ese momento teniendo un bebe... Mi primer pensamiento fue: no lo puedo tener porque soy menor de edad y como lo iba a criar siendo tan joven y estaba en el colegio”*. Para Laura la edad y el momento de su proyecto de vida fueron los eventos más significativos evocados por su recuerdo.

A diferencia de los testimonios previos, hay mujeres que no guardan muchos recuerdos de ese momento de su vida. En palabras de Yesica: *“No recuerdo mucho. Trate de tapar esa etapa. Recuerdo algunas cosas. Apenas me enteré que estaba embarazada mi hija tenía un año. Decía no. ¿Qué voy a hacer con tres hijos y uno más?”* Aunque Yesica dispone de pocos recuerdos rescata con claridad la edad de su hija menor, evento seguramente de importancia para la entrevistada. Más adelante se analizará la relevancia de tener hijos/as pequeños/as al momento de tomar la decisión de abortar.

Algunas entrevistadas no recuerdan sentimientos o expresan no haber experimentado emociones al recibir la noticia del embarazo. Dice Gisela: *“Creo que fue la primera vez que pensé racionalmente y no con el corazón. Si hubiera sido con el corazón no hubiera tomado esa decisión”* Ema expresa cierto estupor en su reacción: *“En ese momento no sabes cómo reaccionar, estaba neutral totalmente, como en blanco”*.

Resumiendo lo expresado anteriormente por nuestras entrevistadas: la irrupción de lo repentino e inesperado de la noticia se reitera en los testimonios. Hay mujeres que recuerdan claramente y otras que no y/o deciden no recordar. Lo que se recuerda suelen ser datos y eventos significativos para cada mujer. Algunas registran y expresan los afectos respecto a lo vivenciado y otras han intentado evitar sentir en el momento del anoticiamiento de un embarazo no buscado. Lo que no es posible es evitar lo que se viene: tomar una decisión respecto a continuar o no esa gestación. La certidumbre de una decisión necesaria irrumpe en la vida de una mujer y produce cambios en su cotidianeidad.

2.2.- El dilema: la construcción de una decisión

Luego de la sorpresa o estupor inicial donde irrumpen sentimientos y sensaciones encontradas, sobreviene un momento más reflexivo en general. Al anoticiarse de un embarazo no esperado una mujer se encuentra con un dilema. Un **dilema** expresa un punto de decisión. Es un punto crítico de la vida donde se evalúan dos (o más) premisas contradictorias. En este punto del proceso se abren dos caminos diferenciados cuya elección implicará consecuencias bien distintas de acuerdo a la opción elegida. El dilema nos enfrenta con una elección necesaria. Fernández y Tajer llaman a los científicos sociales a: “No *confundir* el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener que dirimir frente a su decisión personal de abortar o no”. (2005:3) La noticia de la gestación no deseada implica un momento particular donde una mujer debe decidir sobre su propio cuerpo y vida.

Recibir la noticia de que se ha producido un embarazo no deseado implica un momento complejo en la vida de una mujer. La cuestión del aborto está atravesada por valores, mitos, creencias y estereotipos de género fuertemente arraigados en la sociedad. Diferentes concepciones y universos de significaciones imaginarias sociales (Castoriadis, 1990) construyen sentidos respecto de lo que constituye la maternidad y el aborto en una sociedad particular. Diversidad de elementos: religiosos, políticos, jurídicos, culturales, económicos, coyunturales, etc. constituyen un entramado complejo desde donde construir una decisión y significar el proceso vivido.

Existen diversas maneras de resolver el conflicto que se presenta y diversas significaciones posibles al proceso de aborto para cada mujer. Algunas mujeres entrevistadas manifestaron mayor ambigüedad, confusión, incertidumbre y necesidad de consulta y consejo de otros/otras significativos/as al momento de decidir. Otras mujeres refirieron seguridad y certeza desde el inicio respecto de la negativa a continuar con el embarazo.

De acuerdo a los relatos de las entrevistadas se pueden discriminar algunos motivos y/o factores que intervinieron en la construcción de la decisión de abortar:

- **Situación económica y/o laboral:** Este es un factor de suma importancia y el más mencionado por las mujeres. Dijimos previamente que las entrevistadas pertenecen a un sector socioeconómico empobrecido, situación que explica que sea tan considerado al momento de decidir. En los sectores pobres las estrategias cotidianas de resolución de las necesidades materiales tiene suma importancia. Dice María respecto de su embarazo no planificado: *“No comía nada, deshidratada, tenía la presión bastante baja y tenía a cargo dos hijas. Yo las tenía que sustentar y así como estaba no iba a poder”*. Mientras que Gisela explica: *“Lo económico también era importante (...) Era un tema en ese momento estaba sin trabajo (...) Mi mamá me ayudaba, siempre nos acomodamos. Pero ya un niño, es niño, pañales, leche. Y traer un chico también para que pase necesidades yo no sé...”*. Por su parte Ema plantea: *“Lo financiero, lo económico” (...) no tenemos la economía suficiente para mantener a un bebé que en estos días cuesta caro, yo veo en las tiendas todo lo que necesita un bebe y yo digo menos mal que no tuve al bebé”*. Ofelia comenta: *“Pero era una carga más. Una boca más para dar”*, refiriéndose a que ya tenía cuatro hijos. *“no iba a poder trabajar y ¿quién le iba a dar de comer a mis hijos mayores? Yo trabajaba en costura y los domingos en la feria”*. Asimismo, Celia refiere: *“Yo pensaba: ¿Que voy a hacer? ¿Con el trabajo?, todo está a mi cargo”*. Laura comenta: *“El hasta ahora trabaja con su papá, nunca dejó ese trabajo. Entonces mi miedo era como lo vamos a mantener (...) El cómo mantener, primero lo económico, o sea un bebé se tiene, pero lo importante es como criarlo, ¿dónde voy a vivir?”*. A su vez, Carolina aporta: *“Después en mi realidad económica, estaba cada vez peor. Después porque*

dije: donde voy a vivir con él bebé porque yo alquilo. Me parecía mal por eso, que voy a hacer, que le voy a dar". Finalmente Natalia explica acerca de sus dificultades económicas ya que ella sola mantiene su hogar: "Después me pasó que me quede sin plata y mi hija se hacía entender que tenía hambre y dije: ¿Cómo voy a hacer? Tengo que llevar nueve meses un bebé en la panza, no voy a conseguir trabajo."

De acuerdo a los testimonios presentados se vislumbra con claridad lo fundamental de este eje al momento de tomar una decisión. La cuestión de clase marca una diferencia importante en este momento del proceso de ILE, ya que no es lo mismo tener satisfechas las necesidades básicas para la vida propia y de la familia, a no tener resuelta esta cuestión. Es decir, que pertenecer a un sector empobrecido de la sociedad condiciona fuertemente la decisión de las mujeres de no continuar un embarazo y en algunos casos las dificultades económicas y laborales no permiten ni siquiera evaluar y considerar otros aspectos.

▪ **Relación de pareja:** Las mujeres suelen evaluar la historia y las características de su vínculo de pareja al momento del embarazo. Dice Maria al respecto: *"Además no estaba bien con la persona con la que estaba, bastante irresponsable (...) Apoyo no tenía mucho, porque la pareja con la que estaba no estaba muy comprometido (...) Yo lo quería. Pero como no me sentí apoyada, decidí no tenerlo".* Gisela cuenta que su compañero se encontraba detenido (de hecho la gestación aconteció en visitas a la cárcel), era violento y padecía un consumo problemático de sustancias al momento de quedar embarazada, al respecto comenta: *"Se fue perdiendo lo que era su esencia de ser humano, hasta convertirse en una persona adicta y violenta. Es lo que decide seguir siendo. Lo acompañamos un montón de tiempo, pero es su decisión. El bebé no lo iba a cambiar y yo me iba a sumar tener que llevar el niño a la cárcel a ver a su padre".* Ema por su parte refiere: *"otro motivo por el que decidí No, es porque él es muy inmaduro y yo creo que no iba a poder con eso".* Ofelia reflexionando acerca de su decisión dice: *"En mi caso como yo ya tuve mi segunda pareja y no me llevaba bien, yo hice bien".* Celia explica que no tenía una relación estable. *"Siento que fue una decisión correcta porque pasando el tiempo yo me doy cuenta que lo mío con C. no va a durar. Pienso*

que tiene su tiempo, que él y yo no íbamos a estar listos. En eso que me pasó yo me di cuenta que él me iba a dejar sola. Me di cuenta que no iba a ser responsable, así que me evitó problemas”. Carolina por su parte dice: “Primero con el papá del bebé no estaban bien las cosas. Estaba peor que antes (...) Mi sobrino vive prácticamente con mi hermana, no conoce mucho a su papá. Sabe quién es, lo extraña, pero no tiene mucho vínculo. Yo no quería eso, yo siempre dije: quiero estar con una pareja estable, que me apoye (...) Pero después pensaba, no estoy bien con su papá, capaz que no me va a apoyar. No tiene dinero, no se va a hacer cargo”. Finalmente Natalia cuenta: “estaba sola... con la pareja que yo estaba cuando se enteró me dejó, no lo vi nunca más, no tenía el apoyo de nadie (...) Que no lo quería, y que tampoco lo quería conmigo. Cuando en su momento, nosotros estábamos en pareja, él me decía que quería tener un hijo. Y cuando llego el momento de que yo quedé embarazada el no quiso (...) Se fue, y hasta el día de hoy no lo vi más”.

Como vemos este es un factor relevante que la mayoría de las mujeres considera a la hora de decidir. Para las mujeres no es lo mismo estar solas o estar acompañadas al momento de evaluar continuar con un embarazo. Las características de la pareja y del vínculo son de vital importancia en la construcción de la decisión. De acuerdo a los testimonios recogidos se desprende que no tener estabilidad en el vínculo o estar atravesando un mal momento en la pareja no auguran un futuro posible para el embarazo en curso. La reacción y conducta del compañero respecto a la noticia del embarazo también es importante para nuestras entrevistadas. No sentirse acompañadas o apoyadas por sus parejas es tenido en cuenta al momento de decidir no continuar el embarazo. Se reitera en nuestras entrevistadas el énfasis en la capacidad de responsabilidad o no del compañero para asumir lo que implica decidir tener un/a hijo/a. La irresponsabilidad, inmadurez y el no hacerse cargo son características que no alientan la posibilidad de continuar el embarazo en curso.

▪ **La mirada de los demás:** En este eje se incluirá la opinión de los familiares y la sanción social respecto al tema, etc. María dice: “Pensé que iba a decir la gente, la familia”. Carolina refiere: “También la decepción para mi familia, porque siempre me aconsejaban que me cuidara, que no repita la

misma historia que mi hermana". Karen expresa: "Siempre me pareció importante la familia, entonces recuerdo que pensé como lo iban a recibir al bebé y sabía que no lo iban a recibir de una manera buena. Tenía mucho miedo de que mi papá y mi mamá no lo quieran porque siempre se pensó que un hijo a temprana edad te caga la vida. Eso es lo que se dice siempre. Un hijo, joven, te caga la vida". Ema comenta que estudiar era importante para ella, pero también para sus padres. "Lo hice básicamente por mi familia" Celia refiere: "ni mamá ni mi papá me apoyaban (...) Yo sabía que mi mamá no me iba a apoyar para nada" Yesica comenta: "Mi mamá decía: bueno es tu deber, mi suegra decía lo mismo. La gente que estaba a mí alrededor me decía: ¿para qué tenés hijos? Todo alrededor mío me decía: este es tu deber". En el caso de esta entrevistada podemos inferir que subyace en su entorno una concepción de la maternidad como obligación para una mujer y no como un deseo. Natalia por su parte relata: "Y no quería defraudar a mi mamá. No quería que ella me vea sufriendo por una equivocación donde ella en su momento me había dicho esa persona no es para vos y no te va a hacer bien y yo no la quise escuchar". Laura explica: "No lo podía tener por miedo a que me diría mi mamá (...) mi mamá cuando se enteró del embarazo de mi hermana puso una cara de decepción total. Y no quería ver esa cara de decepción conmigo. (...) Ya la había visto a mi mamá como reaccionó cuando mi hermana estuvo embarazada. Lo que no sabe Jimena son las cosas que me decía mi mamá. Ella decía: si por mí fuera, que ella no viva en casa. Pero como voy a ser abuela, prefiero que mi hija viva en mi casa, que no vaya a lo de su suegra a vivir".

Por la información recabada en las entrevistas se observa que es de suma importancia la opinión de la madre y el padre, sobre todo en las entrevistadas más jóvenes. Nuestras entrevistadas testimonian con sus relatos que no es lo mismo para ellas sentirse acompañadas o no por su familia de origen en la posibilidad de tener un/a hijo/a. En la consideración de la decisión (sobre todo de las más jóvenes) entra en la ecuación la posibilidad de ser apoyadas o no por sus madres y/o padres en lo que decidan y contar con la aprobación de ellos/as. La mirada más importante recae en la figura de la madre. Llama la atención que en relación a este vínculo (madre-hija) insisten las palabras: decepción y defraudar. Es decir que el embarazo señala un punto

en el que estas hijas dejan de ser lo que se esperaba de ellas para estas madres y esto puede implicar sufrimiento para las jóvenes. Es para retomar como línea de investigaciones futuras la importancia de este vínculo en el proceso de IVE sobre todo para las adolescentes y jóvenes.

Asimismo, es para destacar que en el relato de dos de nuestras entrevistadas (Laura y Celia) se menciona el mandato familiar de no repetir la historia de embarazos no deseados de sus hermanas. Esto es vivido como una carga extra para nuestras entrevistadas quienes al momento de construir su decisión consideran además las experiencias fallidas de sus hermanas y la mirada sancionadora de sus padres/madres acerca de esas experiencias.

Para finalizar, respecto a este factor, es necesario mencionar que en general no es nombrado en los relatos una mirada juzgadora de parte de amigos/as. Sin embargo se puede apreciar en los testimonios aportados (en algunas entrevistadas surge en la figura de *“la gente”*) la carga y el estigma social que aún porta el tema del embarazo no esperado (en algunas ocasiones particularmente respecto al embarazo adolescente) en nuestra sociedad.

- **Edad/Juventud:** En este punto las entrevistadas más jóvenes evalúan el momento en el que se encuentran respecto a su proyecto de vida. Ema comenta: *“yo sé que mi plan de mí es terminar lo más rápido posible los estudios”*. Celia expresa: *“Nosotros decidimos que no, porque no era el momento, como yo era muy chiquita todavía, no se muchas cosas (...) Y además yo quiero estar más preparada, quiero comprarme cosas. El año que viene estoy pensando volver a estudiar (...) me gustaría terminar el secundario y estudiar peluquería”*. Laura por su parte dice: *“Mi primer pensamiento fue: no lo puedo tener porque soy menor de edad y como lo iba a criar siendo tan joven y estaba en el colegio. (...) Yo estaba muy chica, tenía 17 años y me faltaba todavía terminar el colegio. Desde el inicio estuve segura de la decisión que iba a tomar”*. Por ultimo Karen comenta: *“era joven, quería estudiar, quería ir a bailar, quería divertirme”*.

En este eje es de resaltar la importancia que se le otorga a los estudios, tanto de nivel secundario como terciario o universitario, es decir lo asociado sobre todo a las obligaciones académicas. Las jóvenes entrevistadas han evaluado que continuar un embarazo podía implicar la interrupción de sus

proyectos de vida, sobre todo en relación a los estudios. Sorprende que solo una de las entrevistadas jóvenes mencionara como motivo las ganas de divertirse, bailar, etc., cuestiones que tienen que ver con el ocio y el disfrute. Estos testimonios reflejan quizás la impronta del discurso adulto/a sobre lo que se espera de los/as jóvenes. En la población del barrio se suele escuchar la importancia que otorgan los/as padres/madres a la escolaridad de sus hijos/as como posibilitador de ascenso social. El deseo que expresan frecuentemente los/as padres/madres es que sus hijos/as estudien para tener acceso a una vida más digna y con menor sacrificio que ellos/as. Este anhelo originado por una vida de muchas privaciones materiales, en muchas ocasiones se torna en una exigencia muy fuerte para los/as hijos/as. En este contexto se entiende el acento que ponen las jóvenes al mencionar la importancia de continuar con sus estudios como uno de los motivos por los cuales interrumpir un embarazo.

▪ **Crianza/Cuidado de los/as hijos/as.** En este eje las entrevistadas que habían tenido hijos/as previamente al momento del aborto reflexionan sobre su preocupación con respecto a ellos/as. Maria cuenta: *“durante ese tiempo yo pensaba: ¿quién me va a ver a mis hijas?”*. Gisela relata en la entrevista que era madre de dos hijos/as, uno de ellos con diagnóstico de autismo y que requería de mucho tiempo y cuidados. Sus hijos/as crecieron sin su padre, por lo cual ejerció su maternidad en soledad. Situación que sobrecargó a la entrevistada y que tuvo importancia al momento de decidir sobre el curso del embarazo no esperado. Ofelia comenta: *“porque mi nena estaba chiquita y tengo otros tres hijos más que él casi no se hacía cargo (...) Con mis hijos ya no podía. Es lo que pensé”*. En el caso de Ofelia al tener una familia numerosa explica en la entrevista que al momento del aborto pudo considerar su proyecto familiar y decidir que no quería tener más hijos/as. Ofelia con sus propias palabras lo deja en claro: *“No quise más”*. Mientras Yesica nos cuenta.: *“No sé si soy egoísta en decirlo pero decía lo tengo que hacer porque voy a estar más cómoda, los chicos, no voy a poder con uno más. Además el papá no me apoyaba en nada”*. Natalia aporta su testimonio: *“cuando yo me entero es como que no quiero, porque lo primero que se me cruzaba en la mente era mi hija, la crianza, la falta de amor que ella necesitaba y yo no se lo había dado y era como que iba a traer otro bebe al mundo, el cual lamentablemente y sin*

querer yo iba a tener que dejar a un costado a mi hija porque yo iba a tener otras preocupaciones que era levantarme temprano, darle el pecho, llevarlo al médico y ya mi hija yo veía como que empezaba a crecer sola (...) Porque por ahí no lo querés hacer, pero lamentablemente por cuestiones de la vida, y más si estás sola, se empieza a criar solo y yo no quería eso para ella”.

Destacamos en este eje que todas las entrevistadas que declararon ser madres al momento del aborto (cinco) mencionaron a sus hijos/s como un motivo a tener en cuenta al momento de decidir. Se puede percibir el ejercicio de una gran responsabilidad y madurez de las mujeres en su función de madres al momento de definir si continuar o no con otro embarazo en sus vidas.

Las entrevistadas que eran madres al momento del embarazo no deseado ya contaban con la experiencia que implica hacer lugar físico y simbólico a un/a hijo/a. La preocupación expresada refleja la conciencia de todo lo que implica cuidar y criar un/a hijo/a. En los testimonios se expresa los efectos del patriarcado que aun en la actualidad delega la máxima responsabilidad por el cuidado de los/as hijos/as en las mujeres. Las frases aportadas por nuestras entrevistadas: *“Con mis hijos ya no podía”, “no voy a poder con uno más”, “No quise más”* y la descripción de la dinámica familiar ilustran la sobrecarga y exigencia que experimentan la mayoría de las mujeres que han decidido ser madres y la ausencia o poca participación de los padres en la crianza.

Pero además de lo expresado, es necesario detenernos en un aspecto que se desprende del punto anterior y merece un señalamiento particular. El hecho de **tener hijos/as pequeño/as que aún requieren de muchos cuidados**. Las mujeres que tenían hijos/as muy pequeños al momento del embarazo no esperado mencionan su preocupación al respecto, Ofelia aclara: *“Mi nena tenía un año me parece y dije no, no lo voy a tener (...) Lo primero que pensaba siempre era en mis hijos, mi bebé estaba chiquita”*. Yesica expresa: *“Apenas me enteré que estaba embarazada mi hija tenía un año. Decía no. ¿Qué voy a hacer con tres hijos y uno más?”*.

Otro aspecto relevante para considerar es la preocupación en torno al **futuro del ser que se está gestando**. En este punto algunas mujeres analizaron las posibilidades que podían ofrecerle a un ser por venir en el caso

de continuar la gestación. Gisela dijo: *“A veces estoy muy bien, a veces muy mal, pero si lo traslado al bebé ¿Qué le estoy ofreciendo? Un padre violento, unas visitas a la cárcel y una madre casi muerta en un par de años cuando salga. No hay más opciones para él. Una madre cansada, grande, no”*. Natalia señala: *“que no lo iba a traer para ser un bebé que sufra o que pase necesidades”*. Celia a su turno dice: *“Además no puedo traer una criatura al mundo si va a sufrir y eso no me va a gustar, yo no quiero que pase lo mismo que yo pasé, de no tener un apoyo, no tener muchas cosas, es feo (...) Pensaba que si él hubiera nacido iba a sufrir mucho. Yo no quería que sufriera”*.

Estos testimonios develan una vez más el profundo sentido de responsabilidad que en general sienten las mujeres al considerar la opción de continuar o no con un embarazo. La posibilidad de detenerse a reflexionar acerca de si se puede o no brindar un lugar a un ser en gestación y la consideración de que ese ser no repita la propia historia de sufrimiento y privaciones muestran una madurez emocional y un sentido ético a destacar.

- **Inmigración/Documentación:** Solo una entrevistada mencionó este factor. Por la experiencia de trabajo con esta temática es posible afirmar que no suele ser un motivo común evaluado por las mujeres y jóvenes, aún en población migrante. Celia lo toma en cuenta y dice: *“Que yo todavía no tenía documento, que recién el año que viene lo voy a poder sacar, porque recién el año que viene cumpla 18 (...) Para mí era algo importante porque yo estoy indocumentada, ¿cómo le voy a dar un apellido?”*. Más allá de las consideraciones jurídicas y/o administrativas respecto a la documentación aquí lo que entra en juego para la entrevistada es la posibilidad o no, de otorgar un nombre, cuestión de vital importancia para los/as seres humanos/as. Nombre y nacionalidad, cuestiones que hacen a la identidad de un/a sujeto/a. Lacan sostenía que de lo único que no se podía despojar a un ser humano/a era del nombre ni aun luego de la muerte (lápida). En base a la entrevista realizada a Celia en donde relata parte de su historia personal y familiar, podemos inferir que no poder *“dar un apellido”* indica la imposibilidad de subjetivizar el producto del embarazo en ese momento de su vida.

▪ **Deseo o no de ser madre en el momento del embarazo:** Por último, pero no por eso menos importante, consideraremos lo expresado por las entrevistadas al respecto de su propio deseo en relación con la maternidad. Natalia comentó: *“no estaba en mis planes (...) era algo que sinceramente no me lo esperaba y no quería”*. Ema contó: *“es un cambio drástico tener un hijo y yo sabía que tampoco estaba lista para ser mamá, no podía (...) yo no estaba preparada”*. Asimismo, Yesica dice: *“No sabía que podía elegir... Hablamos acá, me sentí re segura, y me dije: bueno si puedo elegir, no lo tengo”*. Por su parte Celia expresa: *“No lo esperaba, tampoco quería (...) Y tampoco yo me veía mamá. Tengo la edad, pero no me veía”*.

En algunos casos se esboza el deseo de maternidad, pero en otro momento de la vida. Celia refiere: *“Va a ser pero cuando sea su momento, me dije. (...) Y me gustaría hacer muchas cosas y ser mejor persona para algún día cuando ya esté lista y tengo algo mejor para dar ahí sí”*. Karen contó: *“Eso me dio la tranquilidad de que no me iba a cagar el útero y que iba a poder tener hijos en el futuro”* También Natalia dice algo al respecto: *“Yo quería criar a mi hija, que ella sienta amor, orgullo por mí, y el día de mañana cuando yo y mi hija estemos bien, más mi hija, si tener otro bebé pero con una pareja, pero cuando yo sepa que mi hija esté encaminada bien”*.

A pesar de que el discurso androcéntrico dominante reforzado por los grupos contrarios a la legalización del aborto o anti-derechos como los nomina el activismo feminista, concibe que a causa de un embarazo automáticamente una mujer se convierte en madre y el producto de ese embarazo en un hijo/a (Nayla Vacarezza, 2012) vemos por los testimonios de nuestras entrevistadas que estar/quedar embarazada no es equivalente a querer ser madre. Dicen Pistani y Ceccato: *“El embarazo no es igualable a la condición de maternidad. Esta última se construye en un proceso simbólico, mediante mecanismos de idealización, proyección, que configura al mismo tiempo el significante “hijo”, el cual implica la libidinización de aquello que aun en sus inicios ya es investido de un deseo. El tener y el ser se deslizan por diferentes caminos y no siempre terminan confluyendo”*. (2014:366) Es necesario destacar que este motivo, el deseo, no ha sido el de mayor frecuencia o importancia de acuerdo a lo verbalizado por las mujeres entrevistadas. Es decir que las mujeres al momento de decidir sobre una gestación no esperada no siempre toman como

foco de atención pensar en sí mismas, en sus deseos y en su propio proyecto vital o por lo menos es posible inferir que no siempre lo expresan de este modo.

Finalmente volvemos a destacar el ejercicio de una capacidad de reflexión crítica y análisis responsable en las mujeres entrevistadas respecto al dilema enfrentado y la manera de resolverlo.

2.3.- Vivencias respecto a la realización del acto del aborto

Una vez resuelto el dilema que presentó el embarazo no esperado continúa el momento de realización de la práctica propiamente dicha del aborto. Algunas mujeres no recuerdan y no tienen mucho registro del proceso vivido y otras en cambio pueden describir detalladamente aquel momento aunque hayan pasado algunos años.

En el caso de las mujeres que aquí se estudia, todas ellas recibieron la orientación e información pertinente y decidieron el momento y lugar para realizar el procedimiento de manera ambulatoria, dentro de las posibilidades de cada una. Por ejemplo Ema cuenta respecto del momento escogido: *“Mi mamá y yo teníamos mucho miedo. Me dijo espera que este día no trabajo y voy a estar con vos todo el día, era un viernes y me dijo: viernes, sábado y domingo no voy a trabajar asique te voy a cuidar. Espere hasta el viernes. Mi hermana también estaba”*. Todas ellas eligieron su hogar para realizar el aborto, menos dos de las entrevistadas. De estas dos mujeres (adolescentes ambas al momento del aborto) una lo realizó en la casa de una amiga y otra en la casa de su empleadora.

La mayoría de las entrevistadas prefirió estar acompañada al momento del proceso. Algunas por su pareja, otras por amigos/as, madres y hermanas. Solo en tres de los casos se realizó el procedimiento en soledad. En algunas situaciones se hallaban presentes los/as hijos/as y/o otros familiares, quienes no estaban al tanto de la situación. En la mayoría de las entrevistas las mujeres describen sensación de dolores físicos fuertes y diversos síntomas vivenciados (fiebre, diarrea, dolor de cintura, etc.).

Para la mayoría de las mujeres que abortan por la vía farmacológica con la utilización de un solo tratamiento medicamentoso suele ser suficiente para que se interrumpa el embarazo en su totalidad. En algunos casos se tiene que

volver a repetir el proceso y utilizarse más de un esquema de medicamentos para que sea efectiva la interrupción. Y en una minoría de las mujeres se presentan complicaciones que no pueden resolverse con el tratamiento farmacológico. Las dificultades pueden surgir por diversos motivos: por un uso incorrecto de la medicación, por enfermedades preexistentes de las mujeres, debido a la edad gestacional, etc. La mitad de los casos estudiados en esta investigación terminaron el proceso de aborto con la utilización de un solo tratamiento medicamentoso. La otra mitad de las mujeres refirieron complicaciones. Dos de ellas tuvieron que utilizar un esquema más con los comprimidos resultando en un caso efectivo y en otro se tuvo que recurrir a AMEU en una ONG (ya que en ese momento no se realizaba ese procedimiento en ningún efector estatal en CABA, situación que ha cambiado en la actualidad). Las tres mujeres restantes tuvieron que acudir a la guardia de un hospital en donde se les realizó un legrado o raspado uterino (dos de ellas en CABA y una en una clínica en Bolivia).

Se observa que cuanto más largo y complejo es el proceso del aborto, mayores sensaciones de padecimiento subjetivo refieren las mujeres y mayor alivio si el aborto concluye con el primer esquema de medicación. En varias entrevistadas que no pudieron completar su aborto con un solo tratamiento farmacológico surgieron cuestionamientos, dudas, reproches y malestar respecto a la decisión tomada de abortar. Refiere Carolina respecto a lo que le sucedió cuando no fue efectivo el primer esquema de medicación para completar su aborto: *“Pensé que con el alcohol y los laxantes ya le había hecho daño, más las pastillas que me había puesto, le hice peor daño todavía, me sentí mala persona, me sentí muy mal. Me sentí un monstruo y estaba sola. Y vine acá, y le conté a la Dra. y me dijo: podemos repetir. No podía dejar de ver la ecografía y que él bebe seguía estando ahí, como que sentí que se aferraba a mí. Capaz quiere nacer y yo le voy a quitar la vida, se me pasaron muchas cosas por la cabeza, muchas cosas”*. En el caso de Natalia antes de hacer la consulta en el CeSAC, un conocido le había conseguido unas pastillas y había realizado el procedimiento de manera errónea y con menor medicación de la necesaria ya que no había sido correctamente informada. Dijo: *“Tuve algunas pérdidas, algunos coágulos y me voy a hacer la ecografía y él bebe seguía lo más bien. Ahí es donde entro en desesperación”*. Por su parte a Yesica

tuvieron que realizarle un AMEU luego de que no fuera efectivo el tratamiento farmacológico. Dice respecto de su experiencia: *“Y tuve sangrados una noche y pensé que ya estaba pero no, el embarazo estaba intacto. Y ya estaban los meses, fue un mes intentando y nada, me quería morir. ¡Era horrible! Pensaba para que hice esto y me sentía la peor”*.

Cuando suceden fallos en la utilización del esquema de la medicación por los motivos que fuera, las mujeres suelen significar el proceso culpabilizándose y en ocasiones pueden surgir sentimientos de arrepentimiento de la decisión tomada. Como se expresó previamente, el fracaso del tratamiento medicamentoso puede responder a diversas causas, sin embargo las mujeres lo asumen como un fracaso personal, cuando en muchas oportunidades tiene que ver con la medicación en sí (la medicación puede no ser efectiva en un bajo porcentaje de mujeres), con mal asesoramiento, con incorrecto uso por temor, desinformación, etc. Es de resaltar la importancia, una vez más, de los equipos de salud en la orientación respecto al uso de la medicación y de la correcta manera de realizar el procedimiento. En general produce alivio en las consultantes las explicaciones claras y pacientes de parte de los/as profesionales de salud y la posibilidad de abrir un espacio para responder dudas y preguntas. Es necesario aclarar en el momento de las consultas que el esquema farmacológico se puede repetir y que hay otros tratamientos posibles en el caso de que los fármacos fallen en reiteradas ocasiones. Esta información y la aclaración de que el equipo acompañará hasta el final del proceso suele bajar los niveles de angustia y ansiedad.

Con el paso del tiempo los equipos ILE han profesionalizado su práctica respecto a estas complicaciones presentadas tratando de resolver algunos obstáculos encontrados y también para generar mayor accesibilidad dentro de la red del sistema de salud y simplificar el proceso a las mujeres en caso de ser necesarias derivaciones a otros efectores.

2.4.- ¿Y ahora qué hago con esto? El producto del aborto y nuevos dilemas

Debido a la experiencia de varios años en este campo y a lo constatado en esta investigación se pudo apreciar que se presenta un momento diferente

luego de finalizar la interrupción del embarazo por vía farmacológica, que en general surge en todas las entrevistas donde las mujeres se encuentran con el “producto” de su aborto. Allí surgen nuevos dilemas a resolver: ¿ver o no ver lo abortado?, ¿qué hacer con lo expulsado por efecto del aborto? Las mujeres presentan diversas maneras de enfrentarse con los “restos” del embarazo o el nombre que cada mujer le ponga a “eso” que ha salido de su cuerpo. Los caminos para resolver este conflicto van desde mujeres que no le otorgan demasiada importancia al producto expulsado hasta otras que realizan lo que podríamos considerar como **rituales funerarios**. El camino elegido dependerá de las características y la historia de cada mujer, de las vivencias y la particular manera de significar ese embarazo y el proceso del aborto que cada una ha construido, etc. Sin embargo es necesario mencionar que en general para todas las mujeres constituye un momento particular y diferenciado de lo previo, la finalización del acto de abortar y el registro de que se ha expulsado el producto del embarazo.

2.4.1.- Ver o no ver: That is the question

Mencionamos previamente que de acuerdo a lo recogido en las entrevistas en este momento surge un dilema particular que podríamos nominar como “ver o no ver”. En algunas mujeres surge la necesidad de observar lo expulsado y otras por el contrario evitan mirar. Dice Maria: *“Pensé que iba a ver cosas, por ahí yo decía ya es un bebe chiquito. Voy a ver algo y no, no vi nada. Me fijé. Había sangre y nada más”*. Gisela en cambio comenta que eligió no observar el producto de su aborto. Celia cuenta: *“Yo boté el feto ahí, estaba ahí y fue como que se me cayó, yo lo agarre con mi mano, ahí fue cuando me sentí tan mal, cuando lo agarré y vi y me puse a llorar un montón. Lo puse en el baño y tiré el váter. Me puse tan mal, no sabía qué hacer, quería no verlo más porque me causaba mucho dolor”*. Laura por su parte refiere: *“En el balde yo me senté y ahí boté. Cuando vi lo que había hecho comencé a llorar, porque era una cosa tan chiquita. No sé porque mire.”* Natalia comenta su experiencia: *“Y era un pedazo bastante importante. Pero no lo pude ver porque yo cada vez en todo el tratamiento me apoyaba en un balde para ver si lo podía largar y después de que pasó una semana me fui al baño pensando que ya estaba y lo largue por el baño pero no lo pude ver porque se me cayó*

en el inodoro (...) Igual me puse un guante y metí la mano en el inodoro porque yo lo quería ver y me paso que cuando lo toque sentí mucha impresión. Lo volví a tirar en el inodoro y me puse a llorar porque me asusté porque me parecía que no estaba preparada para verlo. No lo quise ver cuando ya lo tenía en mi mano (...) Quería ver si ya era un bebé formadito. Porque en mi cabeza estaba que era un coagulo de sangre, como que eso me daba más tranquilidad de abortar. Decía bueno, no está formadito. Igual si lo veía iba a ser peor porque si llegaba a estar formadito me iba a sentir más culpable todavía. Finalmente decidí no verlo". Por último Carolina relata: *"fui al baño y tiré un coágulo de sangre. Y es cuando yo vi, estaba todo sangre y vi al bebe ahí. Lloré mucho de angustia, me senté viendo las cosas que había pasado. No pensé que iba a ver algo así. Me acuerdo todavía".*

Es posible inferir por los relatos, que las mujeres que han observado lo abortado suelen experimentar sensaciones displacenteras que en algunos casos pueden implicar sufrimiento psíquico (concepto que retomaremos luego) tanto en el momento mismo, como al evocar esas imágenes. La disyuntiva de "ver o no ver" pareciera disparar fantasías respecto a lo que cada mujer supone o espera encontrar en lo observado.

En la acción de mirar lo abortado, ¿qué **ve** cada mujer? ¿Cómo significa y relata cada mujer lo que **ve**? Nuestras entrevistadas nominan de diferentes maneras el producto del aborto: "coagulo de sangre", "cosa chiquita", "pedazo", "feto" y "bebe". Es posible inferir que los diversos significantes nombran lo abortado en una gama que va entre **ver** un objeto o un/a sujeto/a. Estas opciones: objeto/sujeto marcan los extremos de una línea que contiene diversas categorías intermedias. Desde el psicoanálisis sabemos que la posibilidad de subjetivizar otro/a ser humano/a es justamente un proceso. **Ver** y **tocar** lo expulsado por el propio cuerpo le otorga materialidad al acto de abortar. Según lo expresado por nuestras entrevistadas suele ser un momento que impacta y moviliza. En general, la posibilidad de que el producto del aborto posea la forma de un ser humano/a: ("*bebe formadito*") asusta y angustia. Para algunas mujeres encontrarse con el soporte material de un producto concreto puede implicar un momento de toma de conciencia del acto de interrupción realizado.

Además, destacaremos un fenómeno que se reitera frecuentemente a lo largo de los años de experiencia con esta temática en los relatos de las mujeres: la fantasía respecto al sexo biológico del “bebe”. Muchas mujeres suponen que pueden observar en lo expulsado genitales masculinos, por lo tanto asumen que hubiera sido “varón” el ser gestado. Este es el caso de una de nuestras entrevistadas quien refiere lo siguiente: *“Tenía sus deditos, su cuerpito, era muy chiquito. Me fijé y era varoncito, iba a ser un varoncito. (Se angustia) (...) Yo le dije a mi ex pareja lo que había pasado. Ya está, él bebe ya no está más (...) Le dije que era un varón y lloró bastante conmigo”*. Estas experiencias suelen generar angustia en las mujeres al vivenciarlo y relatarlo.

Finalmente señalaremos que cada mujer significará lo visto de acuerdo al cristal de su historia personal, sus fantasías, la coyuntura particular del momento en el que llega este embarazo, sus características y recursos particulares.

2.4.2.- Aborto y ritos funerarios

Mencionamos previamente que algunas mujeres realizaron rituales funerarios luego del aborto. Nos detendremos para reflexionar y conceptualizar acerca de los ritos fúnebres para los/as seres humanos/as. El rito funerario es el camino simbólico con que históricamente nos despedimos de nuestros muertos. Los funerales son ritos contruidos con elementos simbólicos compartidos que cada cultura realiza y que expresan el modo particular de despedirse de sus muertos. El derecho a una tumba es un derecho inalienable de la especie humana. Saben de ello sobradamente las Madres de Plaza de Mayo y el sufrimiento que implica la figura del “desaparecido” (Fariña, 2000).

De nuestras entrevistadas se ha podido registrar dos casos en donde se presenta este tipo de ritual. Laura cuenta su experiencia *“yo como tengo un taller de costura, tengo telas por demás, agarre una tela blanca como estaba tan sola. Lo agarré y le envolví en un trapito blanco y lo puse en la cajita. Al día siguiente le dije a mi mamá que iba a acompañar a mi amiga hasta el 132, que íbamos a retirar algo y volvíamos. Llevé la cajita y fui al cementerio y lo enterré con mi tío, un poquito escarbé y agarré lo saqué de la cajita y lo puse como estaba en el trapito. Escarbé un poquito y lo tapé. Y le dije a mi tío que lo cuidara”*. Por su parte Carolina refiere al respecto: *“Y después con mi hermana*

decíamos: ahora que hacemos. No voy a dejarlo que se vaya con el agua, no quería. Y lo saqué y lo tenía en mi mano y fue muy duro para mí. Dije: como pude haber hecho esto, me sentía muy mal (...) Me quedé en el baño y estaba ahí. Me dolió bastante que sea varoncito. Mi hermana trajo una cajita y lo pusimos ahí. Todavía me seguía sangrando (...) Yo tenía la cajita, no podía dejar de verlo, quería verlo todo el tiempo. No sabía qué hacer. Quería llevarlo a enterrar algún lugar pero no sabía dónde (...) Le compre un macetita y lo puse ahí. No sé si está bien o está mal. Le puse tierrita y ahora le puse semillitas para que crezcan plantitas. Quiero que este conmigo, que de alguna forma saber que está ahí”.

En los casos en que el producto del aborto se haya constituido para una mujer en un ser vivo del que necesita despedirse, otorgar una sepultura es un hecho simbólico que puede permitir elaborar un duelo. Dice Lacan “¿Qué son estos ritos por los que damos satisfacción a lo que se llama la memoria del muerto sino la intervención total, pública, desde el infierno hasta el cielo, de todo el juego simbólico?” (2012:106). Estos rituales permiten simbolizar de alguna manera posible algo del orden de una pérdida para aquellas mujeres que así lo han vivido. En esos casos podemos inferir que los ritos funerarios permiten dar un cierre y aliviar el sufrimiento por el aborto acontecido.

2.4.3.- La ecografía

Por último, antes de abandonar este eje, se hace necesario mencionar un hallazgo en el proceso de la investigación. Dos de las entrevistadas solicitaron espontáneamente a la investigadora la ecografía realizada al momento de la consulta (es de considerar que ya había transcurrido bastante tiempo de ese momento) que se realiza en todos los casos para confirmar el embarazo en curso y donde consta las semanas de gestación. En la consulta siempre se pregunta a las pacientes si la quieren dejar en la historia clínica del centro de salud o llevársela. Algunas mujeres deciden llevarla y otras la dejan. En el caso de las dos entrevistadas aquí mencionadas habían decidido dejarla para resguardo en el centro de salud y se habían archivado en la historia clínica de cada paciente. En los dos casos se accede al pedido de entregar ese documento solicitado.

Al concertar la entrevista con Celia solicita si podía buscar la ecografía. Al preguntarle el motivo de ese pedido responde: *“No sé, para mí es un recuerdo lindo. Un recuerdo de algo que pasó”*. Laura por su parte también solicita su ecografía, y expresa: *“En ese momento no me la quería llevar, por no tenerla, para olvidar”*. Asimismo, se le pregunta por qué cambio de opinión y la joven contesta: *“Yo ya no tengo ese miedo. Por lo menos voy a saber que hubo algo en mi vientre. Y me gustaría tenerlo”*.

En este sentido, se hace necesario reflexionar sobre esta demanda inesperada de recuperar ese estudio. Hace tiempo nos advirtió Lacan sobre la importancia del orden simbólico y la función del significante en la cultura humana. En el seminario “El deseo y su interpretación” (2012) plantea la importante función de la lápida para los/as sujetos/as parlantes como la necesidad de preservar una constancia (a través del nombre) del pasaje de ese ser humano que ha muerto por la vida. La ecografía puede funcionar como registro simbólico del producto del aborto que se ha constituido en un ser que ha existido y ha muerto para algunas de las entrevistadas. Y la necesidad de recuperación de ese documento también puede ser parte del proceso de elaboración de ese duelo.

2.5.- Post-aborto: el después

Una vez finalizada la práctica del aborto se constituye otro momento para las mujeres cuya duración no es posible de estimar ya que dependerá de cada una y de cómo han vivido el proceso. Para algunas “el después” será breve y continuarán adelante con nuevos desafíos y proyectos; para otras será necesario un tiempo más prolongado. En algunos casos, quizás en aquellas mujeres donde se ha generado la necesidad de elaborar un duelo, se puede apreciar que continúa el proceso al momento de realizar las entrevistas, uno o más de dos años luego del aborto.

Todo acto humano trae consecuencias. Consecuencias que deben asumirse para subjetivizar lo actuado. Cada mujer se hará responsable de su acto a su manera. Aquí hablaremos de **responsabilidad subjetiva**, concepto que se diferencia de la responsabilidad jurídica. Responsabilidad en el campo del psicoanálisis implica responsabilidad ante el propio deseo. El psicoanalista Juan Carlos Mosca analiza el tema de la responsabilidad subjetiva y dice “.../a

responsabilidad interpela a un sujeto, quien debe o puede, dar respuesta, responder, por su acto...La responsabilidad la referimos a la singularidad de un sujeto en acto" (2000:117). Pensar en responsabilizarse por un aborto implica registrar el camino recorrido en ese proceso y hacerlo propio. En este eje de análisis no tiene tanta importancia la cuestión jurídica, (aunque sabemos que el acto de abortar está transversalizado por la cuestión de la ilegalidad), sino la manera particular de significar ese proceso para cada mujer y de incluirlo en el camino de su vida.

Siguiendo el planteo de Mosca: "¿Cuál es la importancia de cómo se ubique el sujeto frente a esto que "le ha sucedido"? No se trata de utilidad práctica para la justicia, para formarnos una opinión respecto de su "moral", ni para cambiar algo de los hechos. Pero sí es importante para el mismo sujeto. Eso inesperado e impensado que le ha sucedido, lo toca de cerca, "realmente" lo toca" (2000:124). ¿Cómo toca la IVE a cada sujeta? Una vez más escuchamos la palabra de ellas: las protagonistas.

Dice Carolina "después cambié mucho. Ya no estoy tanto como antes, me tranquilicé (...) Pienso en otras cosas. Me hizo madurar un poquito más. Razonar un poquito más". Por su parte Ema afirma: "Antes era más alegre y ahora es como que soy más seria y me enoja con facilidad".

Natalia cuenta su experiencia: "El otro día estaba hablando con mi hermana sobre lo que paso y le dije que algo en mí cambió, es como que madure muy rápido, o sea por una situación madure muchas etapas... no me siento la misma persona que me sentía antes. Valoro más las cosas. Yo tengo una hija de 5 años, la cual no era tan mamá, yo... Y me paso que cuando me pasó esta situación cambié, soy mamá ahora, ahora sí. Yo sabía que no le había dado lo que ella se merecía en su momento, no fui mamá. Si una madre que estuvo, pero que si se quería ir a bailar se iba, y su hija la dejaba. Tampoco me iba todos los fines de semana pero no cumplí con mi hija como madre, y después de que me pasó esto, si lo estoy haciendo, todos los días me levanto por ella, todos los días la lucho, la saco, que ella siento que yo estoy, que nunca voy a dejarla y todos los días trato de demostrárselo...la llevo a la plaza, me siento, la miro jugar, reír y me lleno de felicidad porque me cambió (...) Me sentí triste, no sé porque pero me sentía triste. No me siento yo, siento

que algo en mí se apagó desde aquel momento. Me gustaría volver a ser, a volver a sonreír, volver a no tener miedo, volver a confiar, pero no, no”

Laura refiere: *“Ya no soy como era antes... En muchos sentidos... Llegó un tiempo en que no me gustaba estar con mis compañeros, me encerraba a escuchar mi música, en la secundaria. Dejaba que las horas pasen, que las clases pasen. Y como no me gustaba ir al recreo, iba a la biblioteca y ahí tuve buena relación con la bibliotecaria, A. (...) Y cada vez que venían a asesorar al colegio sobre ese tema, yo me escapaba a la biblioteca. Me hacía recordar e iba a la biblioteca”*. Por su parte, Yesica comenta: *“Es como que cerré y ya no quise pensar nunca más en eso. Porque tengo tres hijos y ahí me dije nunca más pienso hacer esto (...) después ya dije no quiero más, etapa cerrada y no quise pensar más en eso (...) No se tocó más el tema, ni con ella que le conté, ni con mi pareja. No tocamos ese tema, hasta ahora. Como que se me olvidó, o se me borró”*.

Es posible apreciar en general en los relatos de las mujeres que abortan que el acto de la interrupción voluntaria abre un **antes** y un **después** en la vida, para algunas más o menos importante, pero para la mayoría se constituye en un hito en su biografía que implica un cambio respecto de lo anterior. Para transitar este momento será necesario para cada mujer poder otorgar sentidos y construir significados a la experiencia. La manera singular de significar los abortos guardará relación en gran medida con el momento particular en que acontece este hecho en la biografía de cada mujer y en cómo se elige continuar la vida. Se desprende de los relatos que algunas mujeres prefieren continuar el camino sin detenerse demasiado en lo vivido, quizás por la necesidad de resolver urgencias cotidianas. En otras se aprecia que el aborto implicó una transformación importante en sus vidas que posibilitó modificar algunas cuestiones no deseadas (además del embarazo) y aventurarse en nuevos desafíos y dar vida a nuevos proyectos.

En los casos de Celia, Ema, Laura, Karen y Carolina (cabe aclarar que ninguna de ellas tenía hijos/as al momento del aborto y tenían 17, 18, 20, 21 y 30 años respectivamente al momento de la consulta) se manifiesta claramente un proyecto de vida diferente a la maternidad en el momento en que irrumpe el embarazo.

Karen explica: *“Mi aborto se dio cuando yo empecé el CBC y salí al mundo. Un mundo que existía afuera de la villa. Así que el aborto para mí fue pelear mucho, mucho, demasiado por otra vida (...) yo no sabía bien que era lo que quería, pero era otra cosa, no lo que veía, que era la vida de mi mamá o la de mis vecinas teniendo hijos adolescentes, no lo que veía cotidianamente. Esa vida no la quería. Para mí el aborto fue pelear por otra cosa”*. Laura cuenta: *“Y ahora yo que estoy estudiando en la facultad, sé que con ese chico que estuve, no hubiera tenido esa comodidad nunca. Porque hasta ahora que él tuvo una hija ya, sigue teniendo ese mismo trabajo y aparte en las noches es remisero. No hubiera sido un buen futuro para nuestro bebé. Pude estudiar, trabajar. Porque una mamá no consigue fácil trabajo, aunque sea aquí en la villa”*. Además, Carolina explica: *“Tampoco hubiera podido seguir estudiando. Era dedicarme al bebé. Capaz estando embarazada hubiera podido, pero no hubiera podido trabajar. Eso también. La dueña de casa se iba a molestar, a veces no quieren hijos. Todo eso. Hubiera sido un impedimento para hacer lo que yo quería hacer.”*. También Ema relata su experiencia: *“Estaba con lo del CBC porque yo estaba ansiosa, nerviosa (...) en ese momento dije que quería estudiar y ahora lo estoy haciendo (...) yo sé que mi plan de mí es terminar lo más rápido posible los estudios”*. Celia por su parte expresa lo que significó su aborto: *“Una lección, una lección muy grande que me dio la vida. Entendí muchas cosas. Antes yo era inmadura, sigo siendo de vez en cuando. Debo ser mejor persona, tener un futuro que ofrecer, no debo ser como es mi mamá, debo ser mejor que mi mamá. También que primero tengo que saber para opinar. Cambié mucho después de lo que pasó, tome muchas decisiones y ya no deje que otra persona decidiera en mi vida. Tendré la edad que tengo pero yo pienso que tengo que vivir mi vida, nadie me mantiene, yo me mantengo sola, no fumo, no tomo, no hago nada que no deba hacer. No soy de esas chicas de salir mucho, de vez en cuando me gustaría (ríe), pero no soy de salir”*

Los relatos de nuestras entrevistadas ilustran la posibilidad que otorga el aborto para escapar del destino obligado de la maternidad que viven muchas chicas y mujeres jóvenes de los barrios populares, como la villa 1.11.14. y construir un futuro diferente al mandato patriarcal que iguala la ecuación mujer=madre. Es de destacar, analizando los testimonios, la búsqueda de una vida diferente a la de la propia madre (expresada en el testimonio de Karen y

Celia) y de otras mujeres/madres: hermanas, amigas, vecinas, etc que forman parte de la cotidianidad de nuestras entrevistadas. Abortar para nuestras entrevistadas permitió la posibilidad de construir proyectos propios, en muchos casos ligados a estudiar y trabajar.

Analizando los casos de Gisela y Natalia es posible inferir que ambas plantean una cuestión similar respecto de lo que ha significado el aborto en sus vidas. Para ambas el momento de IVE funcionó como un límite, como una manera de construir la posibilidad de decir “No” a lo impuesto y priorizar los propios deseos. En el caso de Gisela es interesante señalar que de acuerdo a su relato queda embarazada en sus cambios de década: a los 20, 30 (en esas edades tuvo a sus dos hijos/as) y 40 cuando decide el aborto. Por como lo describe la entrevistada, el aborto irrumpe en un momento en que quería finalizar con algunas cuestiones en su vida como por ejemplo: su vínculo con su pareja. Según explica la entrevistada, la IVE le permitió separarse: *“A mí me liberó. Esto fue como un basta a mi relación toxica. Si pude hacer eso, podía hacer cualquier otra cosa, como por ejemplo decirle: ¡Basta!...Empecé a intentar priorizar al menos algunas cosas que sean para mí. Estoy intentando decir NO a un montón de cosas, que si tengo que esforzarme y no las quiero hacer, ya estoy cansada. Siempre estoy para todo, para todos y no. Hoy no quiero, hoy me quedo en mi casa, con mi perro mirando el techo, por ahí en otro momento iba a lo de mi mamá, es como estar todo el tiempo para todos. Ahora estoy como tratando de recuperarme a mí (se ríe), yo, yo, mi misma”.*

Por su parte Natalia plantea: *“Es la primera vez en mi vida que me puse algo en la cabeza y trate de sostenerlo hasta lo último. Fue lo del corazón frio, es la primera vez que puse el corazón frio y dije no, no me encariño. Me pongo en la cabeza que me lo tengo que sacar, por el bien mío, de mi hija y del bebé. Y lo sostuve. Tuve mis cabizbajos como cualquiera, pero cuando dije No, lo sostuve. Fue la primera vez. Por eso digo que esto que me pasó me enseñó muchas cosas. Me enseñó a darme cuenta que puedo, puedo decir NO, poner el límite, poner el corazón frio. Todo no es como uno se lo imagino, que a veces es No en todos los sentidos... tengo que poner límites cuando sé que algo me está lastimando y decir no... Y con este embarazo fue como que, si pude decir que no a algo que no tenía nada que ver, puedo decir que no a muchas cosas, es como que dio fuerzas a confiar en mi misma. Antes no*

confiaba en mí. No sabes lo que era yo antes, no era un desastre pero...tenía otro pensamiento. Me sirvió un montón a crecer”.

La oportunidad de construir límites y decir NO a lo que lastima y daña, posibilita decir SI a otras cuestiones. El aborto en estos casos constituyó una pausa en el camino, una necesidad de detenerse y animarse a realizar cambios deseados (separarse en el caso de Gisela y sostener una decisión por primera vez para Natalia) y dar lugar al propio cuidado.

Maria por su parte cuenta lo que significó la IVE para ella: *“me ayudó para seguir haciéndome cargo de mis hijas. De poder seguir haciendo algo, trabajar en algo. Estar con mis hijas, apoyarlas, en eso sí. Hasta ahora puedo trabajar. Sé que mis hijas están estudiando, necesitan sus cosas...Entonces pensado en esto, estuvo bien la decisión que tome”.* El relato de Maria destaca que la acción de interrumpir ese evento no deseado (el embarazo) que irrumpió en su cotidianeidad significó para ella la posibilidad de continuar con su propia vida y con la crianza de sus hijas.

Por último el testimonio de Yesica: *“era como que no terminaba de ser yo. Imagínate que yo quedé embarazada a los 16, a los 17 tuve a mi hijo, a los 18 a mi otro hijo y a los 19 tuve a mi nena y a los 21 fue el aborto, creo que 21 tenía. Nunca me encontraba yo. Cuando quería hacer algo... Pensaba en ese momento: Recién me anoté al plan adolescencia y de vuelta tengo que estar encerrada en mi casa cuidando a mis hijos sin salir a ningún lado, sin poder hacer algo, ir a trabajar... Nunca podía ser yo, estaba muy encerrada y otro hijo era como que de vuelta. Si tenía que salir era para salir a trabajar, sino no le veía el gusto. Cuando vi que podía... Después de eso, tuve mucho tiempo para mis hijos, para mí, para tratar de arreglarme. Andaba que era un desastre. Mi hija tenía un año y me anoté al plan adolescencia... pude tener tiempo para mí, para mis hijos. Pude trabajar, que no lo hacía”.* Es interesante el relato ofrecido por esta joven, quien previo al aborto desconocía que tenía opciones y podía elegir continuar o no con un embarazo no deseado. Con sus palabras explica lo aprendido con el proceso del aborto: *“Me enseñó a poder decidir, no sé bien o mal, pero decidir”.* **Elegir, decidir, sobre el propio cuerpo, sobre la propia vida,** cuestiones aún prohibidas a muchas mujeres habitantes de este mundo patriarcal.

Para concluir y retomar las preguntas iniciales de este eje podemos inferir que de acuerdo a nuestras entrevistadas el tener o no tener hijos/as al momento del aborto; la edad o etapa de la vida; el momento particular en la biografía en que sucede el embarazo; constituyen organizadores de sentido para analizar la manera en que **toca** el aborto a cada una. El momento de post-aborto marca una distancia y un tiempo transcurrido con el acto en sí, que posibilita reflexionar sobre lo acontecido. En las entrevistadas más jóvenes se reiteran las palabras crecimiento, madurez, confianza y aprendizaje. Decidir una IVE es un hito más en el camino de la autonomía y responsabilidad que implica la adultez. Las que llegan al momento del aborto siendo madres y asumiendo lo que implica la función de maternar destacan la necesidad de tiempo para los/as hijos/as y deseo de continuar acompañándolos en la crianza.

La necesidad de un tiempo propio y de un espacio para explorar y construir la identidad en otros aspectos diferentes a la maternidad y conyugalidad es algo que recorre el testimonio de muchas de nuestras entrevistadas: *“yo no sabía bien que era lo que quería, pero era otra cosa”* (Karen); *“yo pienso que tengo que vivir mi vida”* (Celia); *“Ahora estoy como tratando de recuperarme a mí, yo, yo, mi misma”*. (Gisela); *“puedo decir que no a muchas cosas, es como que dio fuerzas a confiar en mi misma”* (Natalia); *“Nunca me encontraba yo”*. *“Después de eso, tuve mucho tiempo... para mí, para tratar de arreglarme. Andaba que era un desastre... pude tener tiempo para mí”* (Yesica). Estos fragmentos revelan modos diferentes de subjetivación del género femenino donde ser madre y cónyuge es una opción y no un destino (Tajer, 2009). La posibilidad del aborto propicia formas propias de habitar los cuerpos femeninos, por fuera de los estereotipos y mitos construidos en torno a la femineidad (Rosenberg, 2011; Fernández, 1993).

Finalmente se hace necesario realizar una reflexión. Desde los equipos ILE en general se le otorga énfasis en el control posterior a chequear el estado de salud (físico) de la paciente (que se haya completado el aborto efectivamente y no queden restos) y que cada mujer pueda elegir y acceder a un método anticonceptivo para cuidarse en adelante y en lo posible no tener que volver a recurrir a un ILE. Quizás por la vorágine de la práctica cotidiana y por la predominancia del criterio médico en algunos equipos es que muchas

veces no se le otorga la importancia que merece al momento que se inicia luego de realizar un aborto. Por las entrevistas recogidas se desprende la importancia de poner en palabras lo vivido (esto será abordado más adelante) y de realizar un seguimiento de estas pacientes. Será un eje a trabajar en los equipos otorgarle el tiempo y el espacio que necesite cada mujer para elaborar lo vivido.

3.- Sufrimiento psíquico vs patologización del aborto

Al estudiar un problema de salud/salud mental es necesario ubicar las condiciones histórico-sociales de producción de sufrimiento de los seres humanos. Desde la perspectiva del campo de la Salud Mental Comunitaria se entiende la salud/salud mental no como un atributo individual de un/a sujeto/a sino como un concepto relacional. La salud mental concebida así constituye una dimensión de las relaciones entre las personas, se construye en las relaciones sociales y cobra sentido en un contexto histórico determinado. De este modo, se piensa al/la sujeto/a humano/a como un/a ser histórico/a cuya existencia se elabora y se realiza en el entramado de relaciones sociales (Galende, 2003). Nos diferenciamos teóricamente de algunas perspectivas asociadas al saber psiquiátrico y a una lógica adaptativa e individualista donde se concibe la salud mental como ausencia de trastornos psíquicos o buen desempeño de las funciones mentales, etc. Desde los desarrollos teóricos del campo de la Salud Mental Comunitaria se conciben los procesos de salud-enfermedad-atención como procesos dinámicos.

La noción de **sufrimiento psíquico** remite a la dimensión subjetiva del padecimiento. Podemos acercarnos a esta noción a través de algunos autores (Freud, 1930; Galende, 1994; 2008) que han conceptualizado esta noción para pensar la condición humana y las prácticas en salud mental.

Freud en el conocido texto: *“El malestar en la cultura”* (1930) estudia tres fuentes de sufrimiento para el ser humano: una que proviene del propio cuerpo, otra que amenaza desde el mundo exterior y por último aquella que proviene de las relaciones con otras personas (tal vez el que implica un sentir más doloroso). Según Freud, los/as seres humanos/as intentamos de diversas maneras evitar el sufrimiento, y no deja de sorprenderse al enunciar que es

desde nuestra propia cultura de donde proviene el malestar. El malestar es una condición necesaria que los/as seres humanos/as deben experimentar por vivir en sociedad. Cada cultura y cada momento histórico tendrá sus particularidades también en relación al malestar que las personas vivencien. Pensado desde esta perspectiva, **el sufrimiento humaniza a las personas**. Lo que cada sujeto/a percibe y expresa de su experiencia de sufrimiento no encuentra traducción en categorías biológicas, médicas, o jurídicas, sino que se relacionan con su constitución como sujeto/a parlante y, por lo tanto, deseante y con sus procesos de constitución como ser social. En la misma línea de pensamiento Galende dirá: *“todo sufrimiento subjetivo está mediatizado por la relación del individuo a los símbolos que lo unen al mundo, a los otros individuos y a sí mismo”* (2003:81). Para este autor es necesario pensar los abordajes e intervenciones en salud mental desde las relaciones con otros/as.

Los sectores opositores a la legalización del aborto han utilizado la preocupación por los efectos en la salud mental y el impacto emocional que produce atravesar un proceso de aborto para sus propios fines. Es desde las organizaciones denominadas “pro-vida” o “anti-derechos” que se construye y difunde el mito del “Síndrome post aborto” o “Trauma post aborto” con el propósito de que se identifique socialmente el aborto como un evento traumático que traería consecuencias patológicas para las mujeres para toda la vida. Sin embargo, la APA (Asociación Americana de Psicología) y la Asociación Americana de Psiquiatría y otras organizaciones científicas han cuestionado esta “categoría diagnóstica”. Estas asociaciones han desmentido la existencia de este síndrome y han aclarado que no es reconocido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Nayla Vacarezza (2012) analiza el Síndrome Post-aborto como una parte valiosa de la narrativa anti-derechos que refuerza la moral religiosa que presenta a las mujeres abortantes como monstruos culpables y sufrientes. Dice lo siguiente: *“Un discurso acerca de las supuestas consecuencias del aborto sobre la subjetividad de la mujer que, si bien se fundamenta en preceptos morales conservadores y de raigambre religiosa, apela al poder autoritario de las ciencias médicas al intentar construirse como una patología. Así se intenta*

disuadir a las mujeres de la decisión de interrumpir un embarazo por medio de la atemorización acerca de sus consecuencias psíquicas” (2012:54).

Por su parte, la psicóloga costarricense Adriana Maroto Vargas concluye al respecto: *“Mas de dos décadas después del surgimiento del concepto de Trauma Post Aborto y a pesar de todos los esfuerzos que han realizado los sectores conservadores en demostrar su existencia, no se encuentra evidencia concluyente que vincule directamente el aborto con problemas en la salud mental de las mujeres”.* (2009:141). Continúa esta autora explicando que diversas investigaciones de las entidades nombradas previamente (APA y organizaciones científicas de salud mental reconocidas mundialmente) concluyeron que el aborto cuando es legal *“no representa un riesgo psicológico para la mayoría de las mujeres que recurren a él”* (2009:142). Los especialistas de estas asociaciones científicas consideran que la salud mental de las mujeres que han decidido abortar en cambio puede verse afectada por otros factores como: la ilegalidad o clandestinidad de la práctica, trastornos psiquiátricos previos al embarazo, las consecuencias del estigma social del aborto, ausencia de una red de apoyo, falta de información, etc. Variadas investigaciones indican que el impacto emocional y las consecuencias psicológicas “adversas” graves se presentan con mayor frecuencia en las personas a las cuales se les ha negado su derecho a abortar (Biggs, 2016) (Faundes, 2011). En esta línea de pensamiento las autoras Fernández y Tajer alertan acerca de *“No psicologizar el análisis de la problemática suponiendo que los procesos subjetivos que una mujer puede desplegar frente a un aborto están referidos estrictamente a sus posicionamientos intrapsíquicos”* (2005:3).

Sin embargo, que se haya desestimado el poco serio y sin rigor científico “Trauma post aborto” no significa que a las mujeres que atraviesan un aborto no les suceda nada. Para muchas mujeres el proceso de IVE conlleva un momento de reorganización subjetiva. Por este motivo resulta importante incorporar el concepto de sufrimiento psíquico y diferenciarlo de la patología mental para reflexionar acerca de los efectos psicológicos del aborto, ya que esta diferenciación nos permite evitar la patologización de los conflictos de la vida cotidiana, como por ejemplo un aborto, y poder pensar estos conflictos en la interrelación con procesos sociales y colectivos.

Tomando en cuenta lo anteriormente expresado es posible pensar que quizás está más cercano a constituirse en una situación traumática la maternidad forzada e impuesta, que la práctica del aborto voluntario, donde el aborto se constituye en una salida posible al evento no deseado. (Rosenberg, 2010) Existen diversas corrientes teóricas que han estudiado lo que se denomina trauma psíquico o trauma psicológico. En general todas ellas entienden como trauma psíquico tanto a un suceso que amenaza profundamente la salud (entendida desde una perspectiva integral) o el bienestar de un/a sujeto/a, como al impacto posterior de ese evento en su aparato psíquico. La situación traumática suele percibirse como una situación de encierro subjetivo (“sin salida”) donde no se dispone de recursos para una construir una salida posible.

La maternidad forzada es una situación que muchas mujeres se ven obligadas a transitar aún en la actualidad en nuestro país y en el mundo. *“La maternidad será deseada o no será”*, slogan del movimiento feminista que visibiliza con mucha claridad esta cuestión. ¿Es posible constituirse en madre si no se ha elegido? ¿Es posible subjetivar el producto de un embarazo no deseado y nominarlo como hijo/a?

Cook, Bernanrd y Blissenfasis construyeron la categoría de embarazo forzado y sostienen: *“El embarazo forzado impone una carga sin paralelos sobre las mujeres. Ninguna otra circunstancia requiere a individuos no deseosos proveer recursos de sus cuerpos para el sostenimiento de otros -por ejemplo, como donante de órganos, medula ósea o sangre- y la compulsión legal a hacer este tipo de cosas sería rápidamente condenada como una violación a los derechos humanos”* (citados por Chaneton y Vacarezza, 2011:12). Las barreras jurídicas, sanitarias, políticas y culturales que se construyen en torno del aborto nos evidencian las relaciones sociales de dominación sobre las mujeres y sus cuerpos. En este sentido acordamos con Rodríguez cuando señala: *“Cuando las mujeres deciden exponer sus cuerpos a prácticas abortivas en condiciones de clandestinidad impuestas por la penalización del aborto, expresan que la continuidad del embarazo es más peligrosa que el aborto. Los embarazos forzados, que terminan en maternidades forzadas, ponen en peligro la salud y la vida de las mujeres,*

limitan su libertad y dignidad, su derecho a decidir y su integridad como personas” (2013:280).

3.1.- Emociones, Stress y Alexitimia

Como se mencionó previamente la perspectiva de esta investigación no considera el proceso de aborto en sí mismo como un hecho traumático que pueda generar consecuencias psicopatológicas. Sin embargo es necesario prestar atención a algunos indicadores importantes que puedan llegar a constituirse en alarma respecto a los efectos en la salud mental de las mujeres que vivencien una IVE.

Tendemos a asumir en nuestra vida cotidiana que el mundo en que vivimos evoluciona de manera ordenada y que tenemos control sobre lo que nos sucede. En este delicado equilibrio entre cierto determinismo y el azar, entre continuidad y cambios, existe un cierto margen de variaciones tolerables para el psiquismo. Este margen constituye un territorio cuyas fronteras delimitan una realidad aceptable o viable. La irrupción abrupta de un evento no esperado, como puede ser un embarazo no deseado, interrumpe el equilibrio que todo ser humano/a intenta mantener en su vida. Cuando esto sucede los seres humanos/as ponemos en marcha mecanismos que intentan restituir el equilibrio perdido.

El hecho de un embarazo no elegido puede llegar a constituirse en una situación de stress para una persona gestante (para ello se debe tomar indicadores ya señalados como la existencia de patologías previas, las características de cada mujer, falta de red de apoyo, etc). El Dr. Chiapella define al stress como el *“estado consecuente con la falla de todos los mecanismos de afrontamiento y la consecuente sensación de indefensión”*. (2001:5). En situación de stress existe el riesgo de que se desencadenen procesos psicopatológicos. La manera en que cada mujer enfrente el proceso de IVE será fundamental para que esto no suceda. Animarse a sentir, conocer, registrar e identificar las propias emociones, construye salud mental. La capacidad de expresar, poner en palabras y dialogar sobre los sentimientos experimentados ante los diferentes eventos que irrumpen en nuestra vida potencia la habilidad de restituir el equilibrio perdido con el menor daño subjetivo posible.

A lo largo de todo el proceso de interrupción voluntaria del embarazo, las mujeres describen y relatan haber experimentado diversos sentimientos y sensaciones. Podríamos inferir que estas vivencias son esperables para cualquier persona que experimente una irrupción de un acontecimiento inesperado, no deseado, que puede tener consecuencias en su vida, en su cuerpo y en salud.

Algunos de estos sentimientos expresan malestar y displacer y otros remiten a sensaciones placenteras que en general surgen al poder resolver el conflicto vivenciado. En general se experimentan varios sentimientos a la vez y en algunas ocasiones son contradictorios, demostrando la ambivalencia que genera el dilema del aborto en muchas mujeres. De acuerdo a lo expresado por nuestras entrevistadas destacaremos los siguientes:

- **Miedo:** al recibir la noticia del embarazo, temor de que salga mal el procedimiento, de que las pastillas no hagan efecto y el embarazo continúe, de tener problemas de salud, de sufrir dolores, de morir, etc.
- **Preocupación:** por múltiples cuestiones a lo largo del proceso. Por ejemplo: preocupación por la crianza de los/as hijos/as para las que eran madres al momento del aborto.
- **Soledad:** también se manifestó en diversos relatos. Por ejemplo: al momento de realizar el procedimiento del aborto.
- **Rechazo:** por el embarazo no deseado.
- **Enojo:** con la pareja o consigo misma por quedar embarazada sin desearlo.
- **Vergüenza:** por ejemplo de hablar con otros/as acerca del aborto y la sensación de sentirse **Juzgada** por los demás.
- **Nervios/Desesperación:** por dificultades con el tratamiento medicamentoso o que no se pueda terminar con el aborto iniciado.
- **Arrepentimiento:** solo se observó en un caso (Maria) de las diez entrevistadas. Las demás manifestaron a posteriori seguridad y certeza de haber tomado la mejor decisión posible al elegir la IVE.
- **Culpa:** será trabajado en el siguiente apartado.
- **Angustia/Dolor/Tristeza:** estos sentimientos surgieron en varias entrevistadas en diversos momentos del proceso. Serán trabajados luego.

- **Entusiasmo/Felicidad:** En algunos casos, aunque fueron minoría respecto al total de la muestra, sobre todo en aquellas mujeres que presentaron mayor ambigüedad inicial respecto a la noticia, manifestaron haber experimentado entusiasmo y felicidad al momento de anoticiarse del embarazo.
- **Alivio/Tranquilidad:** al poder resolver la situación y lograr interrumpir el embarazo no deseado. También se experimentó alivio y tranquilidad en algunas mujeres al sentirse acompañadas y orientadas por el equipo de salud. También será retomado luego.
- **Liberación:** al sentir que se pudo lograr lo decidido al inicio del proceso y encontrar respuestas a su dilema. Algunas mujeres manifestaron la sensación de liberarse finalmente del suceso no deseado y abrirse a un futuro elegido. Será trabajado luego.

Hasta aquí mencionamos los más importantes y los que se reiteraron en las entrevistas. Algunos de estos afectos serán trabajados en profundidad en los siguientes apartados.

En algunos fragmentos de los testimonios de algunas entrevistadas se observa cierta dificultad para identificar y diferenciar las emociones sentidas. La **alexitimia** es un concepto del campo de la salud mental que señala las dificultades o incapacidad que padecen algunos/as sujetos/as para la verbalización de afectos. Según Joyce Mc'Dougall (1996) la alexitimia es una defensa eficaz frente a representaciones dolorosas para el aparato psíquico. David Lieberman, quien estudiaba pacientes con patologías psicosomáticas por su parte plantea: *“...un modo de evitar el dolor psíquico intolerable es anular la percepción de estados corporales y emocionales”* (1986:327) De este modo se produce en estos pacientes un mecanismo patológico de disociación mente-cuerpo.

Tomaremos fragmentos de dos entrevistadas que presentaron cierta dificultad para expresar sentimientos al momento de relatar sus experiencias. Una de ellas manifestó haberse sentido: *“neutral”* o *“en blanco”* (Ema) al momento de anoticiarse del embarazo. Podemos inferir que en este caso podría tratarse de un mecanismo de defensa⁹: la disociación, mecanismo que

⁹ En la teoría psicoanalítica freudiana los mecanismos de defensa hacen referencia a estrategias psicológicas inconscientes que se utilizan para lidiar con situaciones que las

le permite a las personas separarse o desconectarse momentáneamente y posibilita al/la sujeto/a soportar alguna situación angustiante o que genera malestar como es la noticia de un embarazo inesperado.

En el otro caso, la entrevistada Gisela expresó refiriéndose a la decisión de abortar lo siguiente: *“Creo que fue la primera vez que pensé racionalmente y no con el corazón. Si hubiera sido con el corazón no hubiera tomado esa decisión. (...) No había una sola cosa que tuviera a favor, más que las ganas del bebe lindo en casa (...) Viste cuando haces algo con el cerebro y cuando haces algo con el corazón. Es un hilo lo que los separa. Yo hice algo racional, algo pensado y algo que yo sé que está bien. El corazón no me hubiera permitido hacerlo, pero a veces hay que accionar, (...) analizando todas las situaciones que estaban alrededor era lo más inteligente”*. En este caso es posible ubicar otro mecanismo de defensa: la intelectualización. En dicho mecanismo predomina lo racional y lógico, y deja en segundo plano a las emociones. En general el/la sujeto/a, se centra en el estudio y la reflexión crítica. Este mecanismo permite bajar los niveles de ansiedad o malestar mediante la toma de conocimiento del problema.

Es necesario aclarar que lo mencionado previamente es solo en término de hipótesis, ya que las entrevistadas no son pacientes ni se encuentran en el marco de un tratamiento psicológico. Descubrir y explorar las emociones es un aprendizaje, no viene dado. Se aprende a expresar. Tomar conciencia de los sentimientos y los estados de ánimo construye un vínculo sano, de confianza y seguridad con nosotros/as mismos y con los demás.

Poner en palabras los sentimientos experimentados tiene importancia a la hora de reflexionar respecto a la salud mental de las mujeres que abortan. Conectarse con las emociones otorga la posibilidad de subjetivizar y apropiarse de la experiencia vivida. Identificar y expresar esos sentimientos potencia la capacidad y habilidad para afrontar los conflictos y obstáculos de la vida y valorar la amplia riqueza de cada experiencia, aun de los acontecimientos no deseados.

personas no pueden enfrentar por no contar con herramientas necesarias en ese momento. Las personas “sanas” normalmente utilizan diferentes defensas a lo largo de la vida. Estos mecanismos protegen y ofrecen refugio a fin de conservar la integridad psíquica y la salud mental de las personas.

3.2.- Sentimiento de culpa vs responsabilidad subjetiva

El sentimiento de culpa merece un apartado particular, debido a la alta frecuencia en que es mencionado y al lugar predominante que le atribuyen las mujeres en sus experiencias. Todas las entrevistadas mencionaron este sentimiento. Es necesario pensar la culpa vinculada con los sistemas de valores propios de la moral judeo-cristiana del mundo occidental. Sistema de valores que ha sido eficaz para generar la obediencia de los/as creyentes a los mandatos divinos que ubicaban a la mujer sojuzgada al poder de Dios y de los hombres en la tierra y privada de sus propias decisiones sobre su cuerpo y sus deseos respecto de su sexualidad y reproducción. En la actualidad encarnan esta ideología los grupos conservadores anti-derechos que se oponen a la legalización del aborto y que a lo largo de años han construido una narrativa que iguala la práctica del aborto con significaciones vinculadas a la muerte: asesinato, crimen, genocidio, etc; y a la vez asimilan de manera engañosa el producto del embarazo (que de continuar en el tiempo es un proceso con diferentes estadios cigoto, embrión, feto) con un “bebe” ocultando de esta manera el camino necesario que recorre una mujer para invertir ese producto y significarlo como hijo/a. (Nayla Vacarezza, 2012)

Algunas entrevistadas no se definen como creyentes o no se sienten identificadas con alguna religión en particular sin embargo se puede inferir que algunos preceptos de la ideología religiosa judeo-cristiana continúan operando quizás de manera inconsciente en sus relatos.

El testimonio de Karen es ilustrativo del peso de los relatos religiosos: *“Yo creía que el feto tenía vida, razonamiento, alma. Que él podía o él sabía que yo iba a abortar. Era algo que existía y era individual y era único como cualquier persona. Yo pensaba que si yo lo abortaba él se iba ir al cielo... Entonces me entró culpa, no sabía si iba a quedar embarazada después... Yo me sentía muy culpable con mi cuerpo, yo sentía que lo había violado” (...)* *“La primera noche que pude dormir tranquila fue después de confesarme”*. En el primer capítulo examinamos la potencia del discurso religioso sobre todo del cristianismo para considerar el aborto como un hecho punible. El relato de Karen ilustra la novedad que introduce el cristianismo hace siglos respecto a este tema: el objeto de preocupación es por el feto, que se considera una entidad autónoma a proteger y el aborto se constituye así en un homicidio y un

pecado contra Dios. Nuestra entrevistada, Karen, cuenta su creencia de que el feto poseía alma. Ejemplifica de esta manera la concepción de muchos cristianos desde la antigüedad hasta nuestros días de que la infusión del alma en el cuerpo se encuentra desde la concepción. La vivencia de profanación del propio cuerpo por el acto de violación que menciona la joven y la necesidad de confesar el “delito” da cuenta de este pecado que se ha cometido.

Siguiendo con los testimonios, Maria refiriéndose a su pareja dice: *“El todavía hasta ahora me culpa que yo lo aborté a su bebé”*. Carolina expresa: *“me sentí muy mal, muy culpable (...) Porque me siento muy culpable todavía”*. Natalia cuenta: *“Igual si lo veía iba a ser peor porque si llegaba a estar formadito me iba a sentir más culpable todavía”*. Celia dice: *“yo me culpo o lo culpo a él”*, señalando a su pareja. *“Porque a veces me pongo a pensar que hubiese sido si lo hubiese tenido y me pongo a imaginar qué lindo hubiese sido comprar esto, comprar aquello.”* Laura da su testimonio: *“Me sentía culpable, mal, casi tres meses, que ya no salía mucho así como antes. Mi mamá me preguntaba que me pasaba y le decía que estaba cansada, siempre estaba cansada... Hasta ahora es muy difícil, perdonarme a mí misma no puedo todavía”*.

Desde la Edad Media hasta la actualidad las religiones tuvieron una importante influencia en la regulación jurídica y moral respecto al tema del aborto. En estos fragmentos se percibe el peso de ciertos mandatos religiosos y machistas, como por ejemplo: que la mujer debe ser fecunda y poblar la tierra, aunque no lo desee. Animarse a transgredir la prohibición de Dios y de los varones de abortar convierte a las mujeres en “culpables” de ese acto y deben pagar dicho atrevimiento. Se concibe el acto del aborto como un acto criminal o pecado que se debe *perdonar*.

Para continuar el análisis de este eje es importante diferenciar el sentimiento de culpa de la responsabilidad subjetiva, conceptos ambos del campo del psicoanálisis. Dice el psicoanalista Juan Carlos Mosca: *“Justamente allí, donde el neurótico podría declararse no responsable, Freud lo hace responsable de un deseo. Deseo que viene del Otro como demanda ante la cual el sujeto se somete. Se somete al mandato superyoico para liberarse de la culpa. Pero como nos enseñó Freud, en ‘Problemas Económicos del Masoquismo’ y ‘El Malestar en la cultura’, el sujeto se sentiría aún más*

culpable" (2000:126). El sentimiento de culpa funciona como brújula para localizar los lugares donde el/la sujeto/a no puede/quiere responsabilizarse por sus actos. Si bien las mujeres que han decidido abortar transgreden de alguna manera los mandatos machistas y religiosos (superyoicos) respecto al deber de convertirse en madre, la culpa delata al mismo tiempo el intento fallido por no contradecir esos mandatos. Fallido porque a pesar de esos intentos de someterse subjetivamente a Otro (tomando el concepto de gran Otro de Lacan) que marcaría el destino, el acto del aborto ya se ha realizado. Y si no se asume la responsabilidad subjetiva del deseo de no continuar el embarazo que marca el aborto consumado, muchas mujeres quedan atrapadas en una espiral sin salida de mayor culpabilidad.

En el Seminario "La ética del Psicoanálisis" (1990) Lacan concluye que un/a sujeto/a solo puede ser culpable de haber cedido ante su deseo. Al ceder se adapta a los mandatos superyoicos, gozando así del sometimiento a un Otro/a que puede tomar la forma del Azar, el Destino o la Autoridad. El sentimiento de culpa delata y evidencia que a pesar de atreverse a desafiar los mandatos del patriarcado mediante el acto del aborto, la dominación subjetiva continua vigente. ¿De qué mandatos se trata en el problema que aquí estudiamos?

Surge reiteradamente en el discurso de las entrevistadas la sensación de haber cometido un pecado, de haber realizado un acto "malvado" sancionado socialmente, apareciendo la necesidad de castigo y/o de ser perdonada por no someterse a los mandatos impuestos.

Dicen ellas. Karen: *"Yo cuando estaba en el baño solo quería castigarme. Era católica, entonces le pedía a la virgen que en otro momento me mande el bebé"*. Gisela: *"Era perdón a mi mamá Naturaleza. No creo en Dios, creo en la Naturaleza"*. Ema: *"Mi hermano es el que me decía más cosas de la iglesia y me hacía sentir mal... Me decía: 'Eso un pecado re grande', 'No vas a ir al cielo', 'No te va a perdonar Dios', y yo no sabía cómo reaccionar... yo estaba muy mal en ese momento. Tengo eso desde chiquita, fui a la iglesia desde chiquita, nadie me obligo yo, yo fui sola. Me gusta ir, y me hacía sentir horrible en ese momento. (Se angustia) (...) en ese momento estaba en discusión, no sé si ahora también, si es vida a partir de...cuando ya está*

formándose y yo estaba mal pensando que maté a un ser vivo. Me ponía y me pongo mal por eso. Sigo pensando en eso.”

Por su parte Ofelia cuenta: *“Yo iba a una capilla dentro de la villa y siempre decía: ‘Diosito perdóname por lo que hice. Yo sé que no lo vuelvo a hacer más’. A las noches a veces le pedía perdón a Dios por las cosas malas que hice. (...) Es malo hacer el aborto, ¿viste?, pero... Gracias a Dios me ayudaron Uds. y me sentí bien (...) es matar una vida. (...) No quise recordar porque a veces veo por el Facebook que el aborto es malo y pienso es malo hacer eso, pero para otras personas es bien”.*

Celia aporta lo suyo: *“Me pasó que mi mamá empezó a ir a los evangelios y me decía: ‘vas a matar una vida’ ‘Dios te va a castigar’. Yo creo en Dios, se lo que yo pienso, y yo creo que es decisión de uno y no tiene que meterse otra persona y opinar. Y Dios perdona a todos. Para él no hay cosas malas ni buenas. Porque una persona diga que Dios te va a castigar no quiere decir que va a pasar”.*

Yesica ofrece su testimonio: *“Y ya estaban los meses, fue un mes intentando y nada, me quería morir. ¡Era horrible! Pensaba para que hice esto y me sentía la peor... Miraba las películas, miraba todo y había mujeres que nunca tenían hijos y se ponían de todo y después el hijo nacía mal, enfermitos, todo por la culpa de la madre y pensaba Dios me está castigando. A lo último me angustie demasiado, estaba re mal. (...) No quiero volver a hacer esto porque no está bien”.*

Finalmente Carolina relata: *“Dios no quiere esto, pensé, Dios trae un niño al mundo por un propósito. Todas esas cosas. Siempre le dije a Dios perdóname por lo que estoy haciendo. Yo sé que tarde o temprano lo voy a pagar, pero solo tú sabes porque lo hago. Siempre le pedía a Dios que me perdone. Sabía que no estaba bien lo que estaba haciendo”.* Comenta acerca de la opinión de su madre sobre su aborto: *“Pero ella como es religiosa me dice: es un angelito, te va a castigar. Porque no le vas a dar misa, me dice, no sé si está bien o está mal... no sé porque me pueda castigar”.*

Nuestras entrevistadas portan en sus relatos la actualidad y vigencia de los mitos que construyeron la subjetividad femenina moderna y los mandatos propios del patriarcado clerical que sostiene la subjetividad femenina ligada a la ecuación: mujer = madre desde hace siglos. El sentimiento de culpa intenta

oficiar de atajo al largo y arduo camino de la responsabilidad subjetiva por el deseo de construirse en mujer de otras maneras a la tradicional. Atajo fallido siempre. Desafiar los mandatos puede resultar caro y puede generar o agudizar un malestar psíquico. El sentimiento de culpa puede mortificar la vida de mujeres que han pasado por un ILE. Se mencionó en el primer capítulo que en la actualidad asistimos a modos innovadores de subjetivación del género femenino, donde la maternidad es una opción entre otras y no un mandato. Estos modos no siguen un modelo o patrón único, sino que son diversos (Tajer, 2009). Pareciera que el sentimiento de culpa, por su insistencia y repetición en los relatos de mujeres que han atravesado procesos de aborto, visibiliza una franja gris de transición entre un modo subjetivo clásico y tradicional hacia otros modos de ser mujer. La culpa señala un conflicto entre dos lógicas que no se ha podido resolver. Habitar con el mismo cuerpo dos mundos diferentes y quizás contrapuestos puede generar sufrimiento psíquico. Por otra parte, realizar un trabajo de elaboración respecto a la responsabilidad por las decisiones tomadas (si es necesario con ayuda terapéutica) puede aliviar ese sufrimiento.

Por último es de interés de esta investigadora destacar que a pesar de que las creencias religiosas pueden haber operado como obstáculo en varias de las entrevistadas finalmente no han sido un impedimento a la hora de tomar decisiones y elegir el curso a seguir. La evidencia indica que ante una mujer decidida a abortar, no hay religión que lo impida.

3.3.- Dolor y duelo

Para algunas mujeres el recuerdo del aborto se encuentra muy presente en sus vidas, en ocasiones, bastante tiempo después de acontecido. Otras mujeres han olvidado o registran pocos recuerdos de aquel momento. Estas últimas, siguieron adelante, en general motivadas por otras preocupaciones, otras prioridades y urgencias (económicas, subjetivas, etc.). De lo que no se puede dudar es que como todo dilema, el aborto conlleva un trabajo psíquico y presenta diversas sensaciones, en gran medida displacenteras. En algunas mujeres se constata padecimiento subjetivo y en otras quizás un malestar leve que no llega a constituir sufrimiento psíquico. Es necesario aclarar que lo anterior no son afirmaciones, sino hipótesis que se desprenden de las

entrevistas, que constituye poco material para afirmar conclusiones propias de un tratamiento psicológico.

Se mencionó previamente la hipótesis de que algunas entrevistadas han transitado o continúan transitando al momento de la entrevista un proceso de **duelo** por la pérdida acontecida. Atravesar un duelo no implica una patología, al contrario, es un proceso necesario para todos/as los/as que atraviesan la pérdida de un ser querido. No atravesarlo quizás sí puede constituir el desarrollo de una patología derivando quizás en una melancolía. Freud, en *“Duelo y melancolía”* (1916), define al duelo como un estado “normal” que surge debido a la pérdida de un objeto amado. El duelo implica un trabajo psíquico que tiene como objetivo que el/a sujeto/a pueda renunciar finalmente a ese objeto perdido y poder disponer de libido para otros objetos. La melancolía, por su parte, no es sólo un duelo patológico (donde ese trabajo no ha ocurrido); también se diferencia por la naturaleza del objeto perdido, ya que el objeto perdido del melancólico es el yo mismo, generando en el/a sujeto/a que lo vive una posición de renuncia deseante. Lo que antiguamente Freud mencionaba como **melancolía**, hoy es posible observarlo en algunos estados **depresivos** donde predomina un profundo sentimiento de tristeza, pesimismo, desánimo y desgano generalizado.

Lacan también estudia el tema del duelo en el seminario *“El deseo y su interpretación”* y señala: *“La dimensión intolerable ofrecida a la experiencia humana, no es la experiencia de la propia muerte, que nadie tiene, sino la de la muerte de otro”* (2012:105). Los seres humanos/as nada sabemos de la experiencia de la muerte, solo sabemos acerca del morir. Vivenciamos algo de la muerte en la experiencia de la muerte ajena, la muerte en el otro/a, que nos recuerda nuestra propia mortalidad. La conciencia de la propia mortalidad se constituye en algo insoportable que tratamos de velar a lo largo de nuestra existencia de diversas maneras.

Nuestras entrevistadas se expresan al recordar el proceso vivido:

- *“Me dolió, no fue fácil. A mí me dolió...Para mí no fue, voy lo hago y chau. Capaz que hasta el día de ahora todavía me duele... siempre veo que fecha iba a nacer mi bebé, como iba a estar”*. (María)

- *“Me costó mucho procesar el aborto”*. (Karen)

- *“Estoy en luto todavía... Todavía me duele”* (Gisela)
- *“...en el fondo me dolía demasiado” “...me quería quedar en mi cama reposando, pensando muchas cosas porque estaba triste. (...) Porque me pongo a pensar cuantos meses ya tendría, pienso mucho, siempre cuento los meses. Muchas cosas me pongo a pensar (...) Imaginarme al bebe. O digo... ya iba a ser grande. A veces veo cosas que me llegan, me ponen muy sensible, me pongo a llorar”.* (Celia)
- *“Recuerdo todo...Y me duele hasta ahora... Haber hecho eso... Ni en pedo me voy a perdonar lo que hice porque duele. Hasta ahora que tengo 20 años me sigue doliendo lo que hice” - “...pero a mí me duele escuchar esos temas, o alguien cantando acerca del aborto. Eso duele, hasta el momento me duele mucho. (...) Porque me duele todavía, y no sé, no sano, hasta ahora de eso, no tengo sanación de eso. Pienso que todo lo hice mal”.* (Laura)
- *“Yo estaba muy mal cuando me enteré del embarazo, estaba muy triste muy culpable, muy mal. (...) Me sentía muy angustiada cuando me enteré que estaba embarazada”* (Carolina)

Se observa en estos fragmentos de entrevistas la repetición de la sensación de dolor. No se refieren a dolor físico por el acto de aborto, sino un dolor psíquico, que requiere ser procesado, tramitado de alguna manera. Se mencionan también los sentimientos de tristeza, angustia, sentirse en luto, estar sensible al recordar lo vivido, etc. Mencionamos previamente que para algunas mujeres el producto de su embarazo se pudo haber constituido en un ser, en **otro/a** que se ha perdido. La experiencia del aborto entonces puede confrontar con la conciencia de la propia muerte e implicará un trabajo de duelo a realizar. En ese trabajo se hace necesario recomponer el universo simbólico después del cimbronazo que provocó ese agujero en lo real que significa la pérdida del objeto amado. El duelo implica siempre una reestructuración, el aparato psíquico deberá administrar el capital libidinal del que el sujeto dispone. Por todo lo expresado anteriormente se resalta la importancia de generar las condiciones para que cada mujer elabore su duelo, en caso de necesitarlo, ante la vivencia de un aborto. Pero esta situación dependerá de las

coordinadas histórico-sociales de cada mujer, de sus características singulares y sus recursos simbólicos disponibles para atravesar esa experiencia.

3.3.1- Otros/as bebés/as, otros embarazos

Mencionamos en el punto anterior que llevar adelante un proceso de aborto conlleva un trabajo psíquico. Cuando una problemática interrumpe la vida cotidiana, suele ocupar ampliamente el trabajo del psiquismo y la mirada subjetiva suele estar enfocada en dicha problemática. El interés del yo (entendiendo el yo como instancia psíquica) se vuelca a la problemática a elaborar.

En los relatos de algunas de nuestras entrevistadas se reiteró con cierta frecuencia la mención de otros embarazos cercanos en el tiempo al propio embarazo y también la mirada atenta e interesada en otros/as bebés.

Maria dice: *“Justo cuando perdí al bebé un mes antes una famosa también estaba embarazada y siempre veo a su bebé, que tamaño está y yo pienso mi bebé ya estaría así. Siempre recuerdo eso”*

Celia explica que su padre iba a tener un hijo al momento de su embarazo y refiere *“me contó que iban a tener un hijo. Se llevaban como tres meses de diferencia. (...) Y por eso porque se hubieran llevado pocos meses, pienso hubiese sido esto, aquello, pienso que siempre me voy a acordar”*.

Yesica relata: *“Capaz sí, cuando veía a algún bebé que podía tener la misma edad que el bebé que iba a tener y se me salía: podía tener la misma edad, y yo no quería que nadie escuche”*

Carolina refiere: *“todavía no puedo olvidar lo que paso. Veo los bebés varoncitos y mujeres... Eso me pone mal”*

Natalia da su testimonio: *“Al pasar los días, el tiempo es como que me empecé a sentir más angustiada... Me pasó algo que no me pasó en 4 años que tuve a mi hija, entraba a Instagram y veía cosas de bebé, entraba a Facebook y veía cosas de bebés. Veía muchísimas embarazadas y me afectaba. Estuve varios días con la angustia a flor de piel. (...) Me mata que mi amiga está embarazada y está por tener al bebé. Ella tiene fecha para ahora, y esta todo el día conmigo. Es mi única amiga y es como que la veo con la panza y se la quiero tocar y a la vez no porque me da rechazo. Me habla de las ecografías, me habla de todo”*

En estos fragmentos cobra importancia el eje temporal, que se constituye en medida para la comparación con otro/a: tiempo de gestación, edad, etc. Estos embarazos y bebés ajenos parecen funcionar como punto de coagulación en el tiempo y recordatorio del evento del aborto. En general esta situación es relatada con tristeza y padecimiento. Mencionamos previamente que para algunas mujeres el aborto puede implicar una pérdida que implicará un trabajo de duelo. De hecho nuestra entrevistada María lo dice explícitamente: *“cuando perdí al bebé...”* Es posible pensar que esta particularidad que surgió en las entrevistas de mencionar otros bebés/embarazos que funcionan como referencia temporal de la propia pérdida, forma parte del proceso psíquico de elaboración de lo perdido.

3.4.- Alivio y liberación: abortos libertarios

Se mencionó previamente que no todo es dolor o malestar al momento de analizar los afectos experimentados en torno al aborto. Fernández y Tajer (2006) señalan que el aborto en sí mismo no es necesariamente una experiencia traumática y que en los países donde el proceso de aborto se transita en un marco de legalidad las significaciones vinculadas con la muerte, la culpa o la vergüenza no son las preponderantes. Es decir que las significaciones que las sociedades construyen ante ciertos eventos tienen efectos en la manera de elaborar y transitar ciertas experiencias para cada persona. El avance del reclamo por el derecho al aborto, las prácticas innovadoras de equipos de salud y de consejerías de diversas organizaciones feministas, los relatos en primera persona que salen de lo íntimo y privado y se comparten en la esfera pública y la cada vez mayor despenalización social han ido generando un contexto transformador de las vivencias y los sentimientos asociados a la práctica voluntaria de abortar. Dice la socióloga Nayla Vaccarezza: *“Sacar al aborto de su confinamiento espacial es también sacarlo del confinamiento afectivo donde es ocultado y guardado como un secreto. Aunque la experiencia de abortar es singular e intransferible, la lectura nos muestra hasta qué punto se hace más amable cuando se puede vivir junto con otros y otras, generando alianzas impensadas entre suegras, madres e hijas, profesoras y estudiantes, profesionales, comerciantes, migrantes, pobre y no tan pobres. De eso se trata esta ética feminista donde el afecto se comparte, y*

donde más que decir importa atender llamados y disponerse a escuchar". (2015:140)

Nos disponemos a escucharlas entonces: Dice: Karen: *"desde que me puse las primeras pastillas al día siguiente yo ya estaba aliviada"*. En la clínica con mujeres que abortan se escucha frecuentemente esta sensación de alivio, sobre todo al anoticiarse que pueden elegir y que existe una alternativa a su dilema.

El alivio y la tranquilidad aparecen asociado en la mayoría de las entrevistadas con el acompañamiento y orientación del equipo de salud. En este sentido, Natalia dice: *"Porque estuve tranquila cuando vine acá (...) Me dieron mucha tranquilidad, me dieron a entender que nada malo iba a pasar y que iba a poder"*. Karen refiere: *"Recuerdo que me sentí muy aliviada porque ya había pasado por varias situaciones, hasta encontrar a estas doctoras. (...) Entonces me sentí bastante tranquila, porque ellas me pudieron explicar, que era el misoprostol, que se hacía en otros países donde el aborto es legal. Eso me dio la tranquilidad de que no me iba a cagar el útero (...) Me tranquilizo más que nada por mi salud"*. Gisela por su parte indica: *"Estaba tranquila porque me habían explicado todo. (...) Tenía todo súper claro. Eso me dio tranquilidad. Yo vine acá con un problema entre comillas y cuando salí tenía todo absolutamente claro"*. Ema expresa: *"Estaba feliz porque sabía que me iban a ayudar de una u otra forma"*. Laura refiere respecto de la orientación brindada por el equipo de salud: *"Me dieron la información, de esa parte ya estaba tranquila"*. Celia contando acerca del trato que tuvo de parte del equipo de salud dice: *"Me hablaron mucho, me sentí más aliviada"*. Por último Carolina aporta su testimonio: *"Me alivio que me ayudaran"*.

Al respecto Dosso concluye en su investigación que el encuentro con los equipos de Consejerías produce de por sí un alivio en las mujeres: *"el alivio subjetivo se relaciona también con la no clandestinidad y supone una opción genuina medicamente recomendada que le resta al evento de aborto el horizonte de muerte o su posibilidad"* (2013: 84)

También se experimenta alivio al finalizar el proceso. Ema dice respecto a la finalización de su aborto: *"estaba feliz de que salió todo bien"* Yesica manifiesta al finalizar el proceso: *"Sentí un alivio, ya está"*

Gisela expresa su ambivalencia de sensaciones, ya que cuenta que se siente en duelo y a la vez aliviada: *“la sensación de alivio, salir de una situación en la vos sentís que no es, no debería llevar a sentir sensaciones tristes. Es todo una montaña rusa acá dentro”*.

Natalia por su parte experimentó alivio luego de dar su testimonio en la entrevista: *“Más aliviada, me siento contenida, me siento muy apoyada”*

La sensación de liberación aparece también en estos relatos, Gisela afirma: *“Si pude hacer eso, podía hacer cualquier otra cosa”*. Natalia expresa: *“me siento muy angustiada y a la vez me siento muy liberada y con ganas de disfrutar la vida de otra manera”*. Hablando del tiempo que comparte con su hija dice: *“la llevo a la plaza, me siento, la miro jugar, reír y me lleno de felicidad porque me cambio”*.

La posibilidad del aborto cancela la opción de continuar el embarazo para abrir otro futuro posible no ligado a la reproducción. El aborto alumbró expectativas y caminos, en algunos casos impensados. Podemos encontrar que existe un discurso hegemónico de los afectos alrededor del aborto donde la culpa, la vergüenza y el dolor predominan en el sentir de la experiencia. Se habla poco de otras emociones como el alivio, la alegría, la tranquilidad y la liberación que también se experimentan y que nombran algunas de nuestras entrevistadas. En ese sentido, Neyla Vaccarezza señala: *“Decir que abortar puede ser un alivio y que hay quienes se alegran de haber abortado saca a quienes abortan de la posición de víctimas pasivas y eternas sufrientes. Así se pone en jaque al discurso conservador dominante del arrepentimiento y la culpa”* (2015:141). En este sentido el aborto puede ser para muchas mujeres un acto reparador de una experiencia que se ha vivido como no deseada y amenazante y en este sentido constituye un acto de profundo respeto hacia la vida.

4.- El sistema de salud y los abortos

Así como el matrimonio ha ubicado históricamente a la mujer como objeto de tutela del marido, el sistema de salud ha ubicado a las mujeres en objeto de políticas y prácticas asistenciales y no como sujetas de derechos capaces de expresar sus necesidades y demandas. Desde esta lógica, las

mujeres han sido siempre interpretadas desde una óptica masculina, convertidas en objeto del saber médico. Afortunadamente los análisis e investigaciones aportados por los Estudios de Género han complejizado el campo de la salud – salud mental de las mujeres, identificando a las mujeres como grupo social que padece condiciones opresivas de existencia en su vida cotidiana.

Entendemos accesibilidad como la relación que se construye entre los servicios de salud y los usuarios (Stolkiner, 2000). Es decir que la accesibilidad se construye entre estos dos actores, no está dada previamente. Los/as autores/as que indagan en la temática coinciden en que el concepto de accesibilidad posee diferentes dimensiones: geográfica, económica, administrativa y simbólica. Según Stolkiner, la dimensión simbólica es diferente de lo que algunos/as autores/as han denominado dimensión cultural, ya que hace referencia a una construcción subjetiva producto de un entramado complejo de lo social, lo biológico y lo histórico de un ser humano. Así la autora señala que, los servicios de salud producen y reproducen prácticas particulares de acceso y son, a su vez, productores de subjetividad. Vemos entonces que en esta compleja relación entre los efectores de salud y las posibles usuarias están las condiciones de posibilidad para un encuentro o un desencuentro.

Es posible pensar que el acceso de la mujer al sistema de salud ha sido y continúa siendo en muchos efectores fundamentalmente desde su función social de “madre” (temáticas relacionadas a embarazo, parto y puerperio). Desde esta perspectiva se prioriza la atención en la maternidad y en los órganos que están relacionados con esta función, en desmedro de otros aspectos que atañen a la salud femenina. En la construcción de lo “femenino” como cuerpo reproductor subyace una concepción fuertemente biologicista y naturalista que oculta la complejidad de la identidad femenina.

Es necesario agregar que el vínculo del sistema de salud y las mujeres ha ido transformándose con el avance del movimiento feminista y las diversas organizaciones que luchan por la equidad de género. Tal como se ha dicho previamente, el proceso salud/enfermedad/atención es dinámico y guarda relación con las coordenadas histórico-sociales de una comunidad. Así, es posible observar que se han ido generando en nuestro país y particularmente en CABA (donde se desarrolló la investigación) prácticas innovadoras (que en

algunos casos conviven con las prácticas clásicas del patriarcado) de los equipos de salud respecto de la salud/salud mental de las mujeres. También se ha transformado la participación y percepción que las mujeres tienen respecto de su atención en los efectores de salud. La experiencia de abortar se ha ido modificando gracias a las prácticas de los equipos de salud y a su vez las prácticas de los equipos se nutren y transforman en la interrelación con las vivencias y testimonios que las mujeres aportan.

4.1- Relación con el efector de salud y el equipo ILE

Las mujeres llegan a la consulta al equipo ILE del CeSAC de nuestra investigación por diferentes vías. Muchas veces llegan recomendadas por conocidos/as, amigos/as y familiares. En algunas ocasiones por derivación de otro/a profesional del centro de salud. Otras veces referenciadas por la Red de profesionales por el derecho a decidir y además por otras instituciones. Algunas mujeres se han enterado del funcionamiento del equipo por cartelería en la sala de espera del centro de salud.

Se mencionó en el apartado anterior la tranquilidad y calma que generalmente sienten las mujeres al saberse acompañadas por profesionales de la salud. Escucharemos como describen nuestras entrevistadas el vínculo con el equipo ILE durante el proceso de aborto. Al respecto dice Gisela: *“Súper contenida, fue como estar hablando con mi mamá y mi amiga (las entrevistas se toman en duplas interdisciplinarias). En ningún momento... Yo soy súper sensible, suelo bajar la persiana y no hablar si no encuentro una química con la otra persona. Fue como llegar a casa y decirle a mi mamá y mi amiga: tengo un problema. No me sentí en ningún momento ni mirada, ni observada, ni juzgada, ni nada. Tenía la tranquilidad que estaba haciendo esto acompañada. Que no estaba sola, eso estuvo bueno. (...) Eso fue importante para mí, tener la información, no tenía margen de dudas. Sin manosear mucho el tema, toda la información justa y precisa, ni de más, ni de menos y cordial. Como una mezcla entre la profesional, también era la mujer. Que no suele pasar. Siempre es el paciente y el médico. En cambio fue todos tratando de ayudar, lo hacemos con vos, estamos con vos y cuando te vas, te dicen, estamos acá, seguimos estando acá”*

Ema plantea: *“...todo lo que me dijeron era muy detallado y completo, entendí todo y me sirvió... Las personas que me atendieron fueron muy amables, siempre me daban información, me decían que iban a encontrar otra forma de ayudarme si fallaba la medicación. Estaba feliz porque sabía que me iban a ayudar de una u otra forma”*

Ofelia cuenta: *“Me hablaron muchas personas y me sentí apoyada, con mucha ayuda... estoy muy agradecida. Me sirvió mucho”.*

Carolina por su parte refiere: *“Me alivio que me ayudaran. Siempre me atendieron bien. Me sentía muy bien, me dieron mucha confianza... me apoyaron hasta el final. Que ustedes estuvieran de mi lado, y me dijeran es tu cuerpo, tú decides. De mi familia todo el tiempo me hacían sentir mal, menos mi hermana, me juzgaban. Hasta que el papá del bebé también me decía que era mi culpa. Es más, después yo le dije a él, es mi cuerpo, yo decido”.*

Yesica comenta: *“Me trajo acá, al CeSAC 40, nunca había venido. Hablamos acá, me sentí re segura... Ahí hablaron entre todos, me gustó porque entre todos trataban de darme una solución... Pensé me están apoyando, y no me están juzgando. Me sentí re apoyada, sentí que les podía hablar de esas cosas que no podía hablar con nadie más”*

Natalia dice: *“Me pasó que cuando estaba buscando la solución, iba a un hospital, iba a otro y me sentía muy sola. Caminando en la calle me sentía sola. Decía, no puedo estar pasando esto y estoy sola. Me estoy metiendo en lugares donde no conozco y lloraba en el camino. Y sentarme acá ese día que no me lo voy a olvidar nunca, y verte a vos y ver a la Dra. fue una ayuda muy grande para mí, muy importante. Me dieron mucha tranquilidad, me dieron a entender que nada malo iba a pasar y que iba a poder”*

Laura aporta: *“...me hizo bien todo, que se preocuparan si quedaban restos o no. Estuvo buena la compañía que hicieron”.*

Finalmente Celia relata: *“...fueron muy amables. También muy centrados, explicaban muy bien. Fue un apoyo muy grande... me sentí muy apoyada, desde el momento en que yo vine acá (se refiere al centro de salud) no me sentí más sola, sentí que estaba haciendo algo bien. Me hablaron mucho, me sentí más aliviada... Estaba asustada y no sabía qué hacer. Estaba muy preocupada, me sentía sola al principio, cuando me dio mi mamá la*

espalda fue algo muy grande para mí. Y cuando me trajo la Sra. X acá me sentí más segura, ustedes no me dejaron sola en ningún momento”.

Como vemos en sus relatos la mayoría de las entrevistadas expresaron sentirse contenidas, alojadas, cuidadas, apoyadas y acompañadas por el equipo de salud. Algunas destacaron el clima de confianza y de resguardo de su intimidad que se generó durante el proceso y las hizo sentirse tranquilas y seguras. Además, sintieron alivio al recibir información clara, orientación y una respuesta para su problema. Otra cuestión que resaltaron algunas es que encontraron un espacio donde no se sintieron juzgadas y pudieron decidir con autonomía.

Observamos que en los casos de ILE el vínculo con el equipo de salud y con los/as profesionales intervinientes es de suma importancia y tiene efectos en el proceso realizado por las mujeres. Que una mujer pueda sentirse cómoda en el marco de una consulta de este tenor, comprender la información recibida y despejar sus dudas, tener la tranquilidad de que será acompañada en todo el proceso, facilitará que el aborto sea realizado de manera eficaz y con el menor sufrimiento psíquico y físico posible.

La problemática del aborto y su visibilización cada vez mayor como un problema de salud pública han instado al sistema de salud a construir una respuesta a dicha demanda, que sitúa a la mujer en un lugar diferente al de mera “reproductora”. Hoy es posible pensar a las mujeres y al colectivo de mujeres como actrices sociales capaces de decisión y participación social. Por ello, profesionales de la salud con perspectiva de género son y serán de vital importancia para avanzar en una equidad en el acceso a los bienes sociales, entre ellos: la salud. Para que realmente puedan participar y decidir respecto de sus procesos de salud-enfermedad-atención es necesario escucharlas.

En muchas ocasiones las mujeres llegan al centro de salud luego de varios intentos fallidos y obstáculos en el acceso a un ILE en otros efectores. Ellas relatan en la consulta las experiencias de maltrato y de violencia padecidas en otras instituciones de salud. Algunos ejemplos de esto surgieron en las entrevistas.

Karen comenta: *“todo el mundo al que le había dicho que quería abortar me habían discriminado, y me habían hecho pasar muy mal... también fui al hospital Álvarez. Ahí también me sacaron cagando. Me dijeron que no me*

podían hacer un legrado porque eso era matar al bebé o algo así". Además, relata su experiencia de internación por el legrado: "Me pusieron en una camilla, una ginecóloga me metió los dedos y le dijo a otro doctor que estaba al lado que mire. (...) Cuando desperté ya me estaban llevando al lugar donde las mamás tienen a sus hijos después del parto. (...) No nos tienen que tener en maternidad porque es muy fea la situación o por lo menos tiene que haber un cartel que diga que no te pregunten por tu hijo cada vez que entras, porque me entraban y me decían: 'Tu hijo' o 'Madre o lo que fuera'. Y yo tenía que explicar: 'No, yo tuve un aborto'. Y es muy incómodo en ese momento quieras o no quieras tener un aborto estar con tantos bebés cerca".

María refiriéndose a su recorrido en el sistema de salud en Bolivia dice: *"En un principio me dijeron que era gratis. Me tenían que hacer un raspado. Y no era gratis, como ya vieron que yo venía de otro lado. Empezaron para cobrarme y entonces ya no tenía tanta confianza"*

Las mujeres que abortan en muchas ocasiones padecen situaciones violentas al momento de realizar ecografías durante un proceso de aborto. Carolina aporta su testimonio. A pesar de haber avisado a la profesional a cargo de la ecografía que había decidido abortar comenta lo sucedido: *"La Dra. me dijo: seguís embarazada. ¿Querés escuchar los latidos? Y le dije sí y escuche sus latiditos y me sentí peor, otro golpe más. Me decía: no se deja medir, se mueve mucho. Y esas cosas... era más fuerte todavía, dije: no lo puedo creer... Yo le había contado que me había puesto las pastillas. Me dijo: suele pasar. ¿Quieres escucharlo? Yo pensé primero que no, y después le dije que sí. Y me mostro y lo vi. Y esas cosas me estaban matando. Salí del hospital y estaba llorando, estaba muy mal y estaba sola. Me senté en la escalera y me sentí más culpable".* Yesica por su parte cuenta: *"Bueno lo de la ecografía ya me dijiste que es obligatorio. Yo capaz, lo odio eso. Lo que pasa que si no lo querés tener lo que menos querés es que te muestren una pantalla con un bebé ahí adentro. (Se le informa sobre el derecho a solicitar que no le muestren la ecografía) En aquel momento no me lo dijeron. Y me mostraron... Me decían que el bebé estaba re bien. Que iba a ser re sano y yo me quería morir"*

En el caso de Natalia tuvo que atravesar una odisea hasta encontrar un efector amigable que le diera respuesta: *"Había ido a otros hospitales donde*

me dijeron no te lo podemos hacer. Había ido al Hospital Vidal del KM32, y al Paroissien. En el 32 hablé con el cirujano de obstetricia, ¿se dice así? Y me dijeron que no, que no me lo iban a hacer porque yo no pertenecía a esa zona, que lo hacían pero que por mi zona no pertenecía ahí. Me aconsejó el Paroissien, fui el mismo día ahí y me atendió la psicóloga y me escucho todo y me dijo, acá en el Paroissien no lo hacen. Vas a tener que buscar otro lado... Lo único que me dijo es que ellos no lo hacían”.

Estas situaciones padecidas por nuestras entrevistadas constituyen claros ejemplos de violencia institucional y se constituyen en un tipo más de violencia de género que sufren las mujeres cotidianamente en diversos efectores de salud. Estos relatos desnudan prácticas de salud iatrogénicas que desinforman, culpabilizan y constituyen una violación a los derechos sexuales y reproductivos. Mencionamos la problemática de los bajos niveles de escolarización que tienen los/as vecinos/as de la villa y se puede apreciar también cuando caracterizamos a nuestras entrevistadas. Esto se constituye en un obstáculo para las mujeres al desconocer sus derechos en muchas ocasiones y favorece el abuso de algunos/as agentes sanitarios que se aprovechan de esta situación.

También en las entrevistas se les preguntó a las mujeres si tenían sugerencias y/o aportes para mejorar el trabajo del equipo. La mayoría de ellas se mostró conforme con la atención recibida. Algunas de ellas respondieron lo siguiente:

Gisela aporta su propuesta: *“El programa está perfecto (se refiere al trabajo del Equipo ILE) yo le agregaría para el que lo necesite, como una terapia abierta. Creo que en mi caso por ejemplo yo lo hubiera agarrado, lo hubiera necesitado. Por ahí hay otras personas que no... esto que estás haciendo vos ahora, alguna charla después, un ¿cómo estás? Porque después que termina todo, uno se cierra y se ausenta y ya está. No voy a volver a golpear y decir: mira a veces siento angustia. Venís, este es el tema a resolver y después te vas. Es como si se cerrara algo y no vas a volver a golpear si necesitaras hablar. Es como si ya pasó”.* La opinión de Gisela propone reflexionar acerca de la importancia del rol del/a profesional de salud mental en el equipo y de la importancia de seguimiento de algunas mujeres.

Por último Laura comenta su experiencia al momento de realizar los controles posteriores al aborto: *“Sí, me lo hizo un ginecólogo hombre, que yo no quería, usted me acompañó todo el tiempo”*. El malestar de Laura nos invita a reflexionar sobre la necesidad de tomar en cuenta las preferencias de las mujeres en proceso de aborto respecto del género del profesional actuante.

5.- La marea verde: perspectiva de derechos. Legal y legítimo

El dilema del aborto implica en la actualidad en nuestro país encontrarse con un punto de enfrentamiento entre dos legalidades. Por un lado, la ley de la polis: cuerpo de leyes y normativas que construye cada sociedad respecto del tema y por otro lado, la ley simbólica que sostiene de manera singular en cada acto, en cada elección a cada sujeto/a de acuerdo a los significantes que lo constituyen y a su propia historia. Desde el psicoanálisis podemos nombrar a esta última: ley del deseo. Ambas legalidades se imbrican y construyen trama subjetiva.

La ilegalidad de la práctica del aborto o legalidad restringida (ley de la polis) ha constituido un intento a lo largo de la historia de la humanidad de aplastamiento de la subjetividad femenina. Dice Rosenberg: *“La ley penal restrictiva reduce a la insignificancia el deseo y la capacidad ética de las mujeres para decidir sobre sus embarazos”* (2011:9). Sin embargo abunda la evidencia que da cuenta que por más restricción, prohibición legal, etc., las mujeres no dejan de abortar. Se las podrá perseguir, humillar, detener, pero nunca se podrá despojar a las mujeres de su acto legítimo y voluntario de abortar.

Sin embargo, la legalidad o ilegalidad del aborto en una sociedad constituye una diferencia importante en la manera de significar el proceso y produce efectos psíquicos. Estos *“...efectos psíquicos no necesariamente producidos por el aborto en sí, sino por su penalización y clandestinización, es decir que tales efectos psíquicos en gran medida serán efecto de estrategias biopolíticas de disciplinamiento y control sobre los cuerpos y subjetividades de las mujeres”* (Fernández y Tajer, 2006:3). Existen diversas investigaciones que dan cuenta de que un contexto de ilegalidad del aborto o de legalidad restringida constituye un escenario de clandestinidad que aporta mayor grado

de sufrimiento psíquico para las personas que abortan. (Carril Berro, López Gómez, 2009; Rostagnol, 2005; Dosso, 2013))

Dijimos previamente que la ilegalidad del aborto no frena ni modifica la decisión cuando una mujer está segura de interrumpir. Esta confrontación con ambas legalidades (ley de la polis y ley del deseo) empuja a las mujeres en muchas ocasiones a **prácticas clandestinas** que pueden ser riesgosas para su vida y su salud. Dicen ellas:

- Gisela: *“... lo había visto en mis amigas. Compraban las pastillas ilegales y se las ponían. Y era rezarle cada uno a su Dios y que no pasara nada”.*

- Ofelia *“una amiga me dijo que enfrente al hospital hay un coreano o chino que vende pastillas. Pensaba ir a buscar ahí, pero me dijo que cuesta caro, pero yo dije: no, no importa”.*

- María: *“Yo pensé voy a ir clandestinamente y ahí fue que me comentaron que yo lo podía hacer acá. (...) Me dijeron que allá por Liniers te dan los papelitos y ahí te lo hacían clandestinamente. Te daban la medicación. Fue una de mis comadres que se hizo y me dijo que fue a Liniers y una chica la atendió y que le dio las pastillas y ella le pagó y ya está. (...) Yo tenía ya pensado ir. Iba a juntar un poco de plata e ir. Porque yo cuando llegue acá (se refiere al centro de salud) ya tenía pensado hacer eso (...) yo ya estaba decidida a hacerlo. Antes de saber que podía venir acá, si juntaba plata lo iba a hacer clandestinamente. Ya había pensado todo”.*

- Carolina explica que una amiga le dio una información: *“Me dijo: ‘tengo el número de una señora que es clandestino, pero te va a cobrar algo de 5000 pesos’, y le dije: ‘bueno está bien, voy a conseguir la plata’, yo en ese momento estaba segura que no quería. Pero me dijo: ‘vas a tener que tener mucho cuidado, es arriesgado’. ‘No me importa’, le dije, ‘pásamelo’. Después ella averiguo y me dijo ‘la Sra. ya no está más, porque esta presa’ (se ríe), ‘como era clandestino lo que hacía, esta presa’. Yo estaba decidida a ir. Para entonces solo lo sabía yo y mi hermana. Ya estaba pensando de donde iba a sacar la plata. Ya había quedado un día sábado para ir. Hasta que ella me dijo: ‘no la Sra. esta presa’ (...) antes había escuchado que era muy arriesgado, que las mujeres se mueren por hacer todo esto. Te dan una pastilla o dos que son*

grandes, me habían dicho. Hasta ese entonces yo no sabía que se podía hacer acá”.

Mencionamos anteriormente que nuestras entrevistadas pertenecen a un sector social de bajos recursos económicos, sin embargo observamos por los testimonios aportados que la cuestión económica se menciona como un problema, pero no detiene. Las mujeres expresan tener conciencia de los riesgos de estas prácticas clandestinas y sin embargo esto tampoco frena la decisión. Como si esto fuera poco se agrega además el temor de tener consecuencias penales. Una vez más destacaremos que nada detiene a una mujer decidida a abortar, aunque se tenga que someter a dudosas prácticas que pueden llevarla a enfermar, a perder su libertad o a morir.

Además, se hizo mención en algunos testimonios respecto de la **sanción social** del aborto debido a su ilegalidad.

Carolina: “y yo tenía miedo de que me iban a juzgar: porque hiciste eso, si eso no se hace. Porque yo entiendo que algunos están a favor y otros en contra del aborto. (...) Que no tuve el valor de bancarme y tener un bebé. Siento que me iban a decir como lo pudiste hacer, si es una vida”

Celia: “Veo muchas cosas que ponen, vi un video del aborto. Es como que hay mucha discriminación, uno puede hacer de su cuerpo lo que quiera, ponerse en su cuerpo lo que quiera. Pero hay mucha gente que es envidiosa, que le gusta criticar, eso no los hace mejor persona, pero no saben lo que se siente, por eso hablan”

Esta percepción de una mirada social que juzga negativamente el acto del aborto y romantiza la maternidad, en general produce malestar en las mujeres que abortan y puede generar sufrimiento psíquico en las mujeres subjetivamente más vulnerables y receptivas a dicha sanción social.

A todas las entrevistadas se les preguntó su opinión respecto a la legalización del aborto y si habían modificado su consideración respecto del tema luego del propio aborto. Esto fue lo que contestaron:

- “Pienso que tiene que ser legal. Yo en la decisión que tomé tuve apoyo y estuve bien, me pongo a pensar no sé qué habría pasado en otro lado. Llegan hasta morir las mujeres. Y que iba a ser de mis hijas, quien iba a cuidar de mis hijas”. (María)

- *“Mi opinión del aborto es que debería ser legalizado, pero no todas las mujeres opinamos lo mismo. Las mujeres que dicen que no, es porque no pasan por esto. En el momento que estás ahí, sabes lo que se siente. Yo siempre decía no me va a pasar, y mirá. Justo me paso. (...) Yo creo que debería ser legal, porque es mejor hacer las cosas legal y con responsabilidad. Porque hay mujeres que lo hacen ilegalmente y luego van a parar al hospital o mueren.”* (Celia)

- *“Cuando salió eso de la ley y todos con los pañuelitos verdes, a mí me parece gracioso eso de los pañuelitos verdes. Si estoy de acuerdo en que tendría que ser legal porque hay muchas mujeres como yo que en ese momento no pueden salir a ser ellas mismas, no sé si el marido o con la persona que ellas estén las llenas de hijos y ellas no saben salir ni a preguntar cómo cuidarse porque están llenas de hijos y siguen llenándose de hijos. Y al final no se quieren ellas mismas ni al hijo que van a seguir teniendo, porque a veces no pueden ni quererlo. Yo veo tantas mujeres y digo porque siguen teniendo hijos”.* (Yesica)

- *“Me parece que está bien, hay muchas personas, chicas jóvenes, muchas nenas que las violan y que no se merecen traer un bebé al mundo porque un desgraciado les arruina la vida. (...) No estoy en contra, es una mujer y es su cuerpo y elige lo que quiere. No es que antes decía: tal aborto, hay que mala. (...) No me cambió la opinión en realidad. Hay gente que puede y hay gente que no. Y les pasa que no lo buscaron y no quieren y bueno no quieren. (...) Para mí estaba bueno que sea legal, sino es legal nos tenemos sí o sí que ocultar y eso está mal. Ya había escuchado de esa chica, que lo había hecho en clandestino y la habían lastimado bastante, con el raspado que se había hecho y por eso elegí también las pastillas. Que mi suegra de ese tiempo me había dicho que si me seguía bajando fuera directamente al hospital y lo que tenía que decir es que tuve una caída.* (Laura)

- *“Siempre estuve a favor de todas las libertades. (...) Siempre estuve a favor. No cambió nada, al contrario, siempre firme, lo llevo en mi piel, todas mis luchas”* (Muestra un tatuaje con un símbolo alusivo a la legalización del aborto) (Gisela)

Si bien la mayoría de las entrevistadas se expresaron a favor de la legalidad del aborto, se infiere en algunos fragmentos la culpabilización hacia

otras mujeres por las consecuencias de las prácticas clandestinas. También se desprende de estas frases la culpabilización a otras mujeres por tener muchos hijos/as. Es decir, se puede apreciar cierta despolitización en algunas entrevistadas. Desde una lectura política se puede realizar un análisis que ubica la responsabilidad del Estado en sancionar una ley de aborto que permita implementar políticas sanitarias que garanticen abortos legales en todas las circunstancias necesarias y que las mujeres no se vean sometidas a maternidades forzadas como se puede apreciar en las mujeres que *“están llenas de hijos”*.

Por otro lado, el testimonio que aportan ellas distingue la opinión sobre el tema del aborto, de la experiencia y vivencias de las que abortan. Esta distinción arroja luz sobre la falta de empatía y violencia machista que viven las mujeres que abortan, incluso ejercida por otras mujeres. Una de las entrevistadas asoció ilegalidad con ocultamiento y otra de las entrevistadas mencionó a las mujeres que no pueden *salir* ni a preguntar por sus derechos. En este sentido es interesante pensar a la Campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito (que condensa la histórica lucha del movimiento feminista respecto al tema), como colectivo que visibiliza y actúa de portavoz para muchas mujeres que no tienen la posibilidad de hacerse oír o ejercer sus derechos.

Nuestras entrevistadas son habitadas por contradicciones y dilemas respecto del tema del aborto, al igual que muchos sectores de la sociedad.

En general las entrevistadas manifestaron no haber modificado su opinión respecto al aborto excepto en algunos casos:

- Ema: *“Yo no estaba a favor en un principio de esto, de la ley, antes de estar embarazada (...) porque hay personas que no se cuidan y yo decía si no se cuidan saben que va a pasar eso. No está bueno que tengan tan fácilmente deshacerse de eso, ya que ellos no estaban cuidándose y paso eso, está bien pero si no lo hiciste y estabas consiente que iba a pasar eso yo no creo que se merezca esa ley. Yo sabía que sí... o no... no sé si muy bien, que si ocurre una violación se puede, yo decía con eso debe ser suficiente, ese motivo es muy grande. Los demás no. (...) Ahora veo que es muy común que las personas queden embarazadas sin querer y que aunque uses métodos anticonceptivos*

pueden fallar, no sé si muy seguido pero puede pasar. Creo que deberían seguir con lo de la ley porque es bastante necesario”.

- Celia: *“En un momento de mi vida yo he estado en contra del aborto. (...) Sí, antes, yo decía, es un bebito, es chiquito. Hay muchas formas de cuidarse, las mujeres deberían cuidarse y me sentía muy mal porque veía en Facebook como terminaban los bebés y todo eso y pobrecito. Yo decía: si un día me pasa a mi yo, yo lo voy a sacar adelante. Lo pensé, y cuando lo viví, una cosa es pensar y otra cosa es pasarlo (...) cambio mi opinión. Hoy digo, cada mujer tiene su razón porque lo hace (...) Lo negaba totalmente, no podía creer. Hasta que caí, cuando me hice la primer ecografía y la Dra. me dijo: estas embarazada, ¡felicidades! Ahí dije: no puedo creer. Y ese pensamiento que tenía antes de estar en contra y no ver mi realidad. Imagino las chicas que lo pasan, tienen sus motivos. En Facebook yo veía los comentarios de porque lo hace una mujer, otros lo hacen porque no pueden, porque están estudiando, o la economía, o el papá”.*

Las contradicciones siguen surgiendo en nuestras entrevistadas. Es interesante señalar que se vuelve a plantear en el testimonio de Ema (es mencionado también por Laura) la “violación” como situación donde no quedan dudas acerca de la legitimidad del aborto, como si fuera necesario para una mujer haber padecido una situación de extrema violencia para poder elegir sobre su cuerpo. En el testimonio de Carolina se vuelve a plantear la diferencia entre opinar sobre un tema y vivenciarlo: *“una cosa es pensar y otra cosa es pasarlo”*. Para estas mujeres la experiencia en el cuerpo implicó un cambio de opinión. Como sucede con otros hechos de la vida, la experiencia en sí misma transformó la mirada acerca de la problemática del aborto.

El caso de Karen es particular ya que el evento del aborto (junto con otras circunstancias de su historia personal) implicó no solo un cambio de opinión respecto al tema, sino un cambio radical en su vida. Un tiempo después del aborto se convirtió en una militante feminista y también puso en cuestión su elección sexual. Dice Karen: *“De adolescente sí pensaba que si habías abierto las piernas te lo tenías que bancar. (...) Deje de ser católica con el feminismo. Y el aborto creo que me acercó al feminismo”*. Relata además la experiencia de su sufrimiento y los efectos que tuvo el IVE en su vida. *“Porque pagué emocionalmente y con el cuerpo todo Ese Aborto. (...) No se tendría que luchar*

por un aborto igual, ¿no? Pero bueno ahí había todo un esfuerzo mío, de haber llegado a eso. Y entonces decir que era provocado era como que me cagaba en todos y bueno lo había decidido yo. Era ilegal el aborto, pero yo lo dije igual. (...) Digo siempre que yo estaba estudiando y que yo estaba haciendo esas cosas para que entiendan que hay una persona afuera de un estómago encubando un hijo. Afuera hay una persona que tiene miedos, tiene sueños y quiere hacer cosas y se está haciendo responsable de lo que estaba pasando. (...) A mí me pasaban más cosas que darle vida a eso, a esa, a ese bebé. (...) Que no sea legal, acompañado, seguro y gratuito arruina vidas. A mí me arruinó mucho la cabeza”

En el caso de Karen ya no se trata solo de un cambio de opinión, sino de una profunda transformación de su posición subjetiva ante la vida, que puso en cuestión sus creencias y conmocionó sus elecciones en general. La experiencia del aborto, junto con otros eventos en su vida, la acercaron al movimiento feminista para convertirse en una activista más de la enorme marea verde. En el caso de Gisela y de Karen, ambas con experiencia de participación en organizaciones sociales al momento de la entrevista, se observa una mayor conciencia política en sus dichos al analizar la temática del aborto.

También se escucha en algunas entrevistadas mayor conciencia respecto a sus **derechos sexuales y reproductivos** luego del proceso de aborto.

-Yesica: “Es fácil decir yo no quiero tener un hijo, pero yo tampoco quiero. Entonces hacete la vasectomía sino querés tener un hijo, claro yo le digo yo me tengo que hacer de todo en mi cuerpo cuando vos no te tenés que hacer nada. (...) Hoy sé un montón, ahora en la tele aparece de todo. Vos entrás en las redes y en todos lados te dicen que te pueden ayudar, te dan confianza, que la mujer puede elegir lo que hace con el cuerpo y nadie te puede obligar a algo que no querés. Y antes yo lo veía como que tenías que preguntarle a tu papá o a tu marido porque vos no decidís sola y eso (...) te sentís que es tu cuerpo y porque no le tenés que preguntar a él lo que tenés que hacer. Porque él puede decirte hagamos esto o tengamos un bebé y no, por darle el gusto a él, si yo no quiero ¿porque lo tengo que hacer? Es muy importante poder hacer lo que uno quiere con su cuerpo”

- Laura: *“Lo que si yo sé es que es nuestro cuerpo. (...) Hay veces que nos cuidamos, pero falla, como en mi caso. Yo había usado un método. Si es mi decisión está bueno que se respete, que sea legal”.*

El testimonio de Yesica refleja claramente la mirada del patriarcado acerca del cuerpo de las mujeres. El cuerpo femenino es parte de los bienes del patriarca (representado por el padre y/o marido). Adquirir mayores grados de conciencia de género hace posible construir otra mirada donde las mujeres tienen soberanía y potestad sobre el devenir de su propio cuerpo y aparece también la posibilidad de identificarse con un colectivo: nosotras, *“nuestro cuerpo”* (Laura) o dicho en clave feminista: nuestra cuerpo.

5.1.- El equipo ILE del como agente garante de derechos

De acuerdo a las narraciones de las mujeres, el equipo ILE del CeSAC se constituyó en muchos casos como dispositivo legalizador de su proceso de aborto. Para las mujeres ser atendidas por profesionales en el ámbito de la salud pública desde un criterio ético de cuidado de la salud y desde una perspectiva de derechos, *“desclandestiniza”* de alguna manera el proceso del aborto. Los equipos profesionales además de garantizar el acceso y el efectivo cumplimiento del derecho al aborto realizan, también, una función pedagógica en las consultas y generan mayores grados de conciencia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Cuentan nuestras entrevistadas:

- Ema *“yo no sabía que se podía hacer, se estaba peleando por la ley pero todavía no se pudo. Yo pensaba que esto era ilegal. No sabía, pero vine por si acaso y llamé por teléfono y me atendió un chico y me dijeron que tenía que venir a tal hora a consejería y yo dije bueno. Vine y por suerte, gracias a Dios, pude encontrar un lugar que no sea peligroso o riesgoso porque había un montón de cosas, no sé, pastillas, médicos, etc. De hecho, estaba hablando con mi novio en ese momento de si contaba con dinero para pagar un doctor y hacer la cirugía o no sé. (...) En un principio porque yo no conocía de este lugar, pensaba pagar un médico, una pastilla, porque un lugar clandestino es más peligroso, no iba a llegar ahí, tenía un miedo. Pagar a un médico o comprar pastillas de esas que venden en internet quizás sí.”*

- Natalia: *“Porque estuve tranquila cuando vine acá y me mostraron y me ayudaron, dije por algo me ayudan, la gente no va a jugar con eso”.*

- Celia: *“me sentí muy apoyada, desde el momento en que yo vine acá (se refiere al centro de salud) no me sentí más sola, sentí que estaba haciendo algo bien. Me hablaron mucho, me sentí más aliviada (...) Me salió la opción de venir a hacerlo al centro de salud y me sentí bien, porque lo hice legal. Yo sé que no hice algo que no debía hacer. Lo hice paso por paso como me indicaron, no lo hice a escondidas. En ningún momento hice algo que no tenía que hacer. Por eso cuando mi mamá me dice algo o la Sra. donde yo alquilo me dice que yo maté una vida. Yo le dije que eso es decisión de cada una. Me reí y le dije para mí no es eso. Yo hice todo legal, fui con una Dra., no me escondí de nadie y fue mi decisión”.*

- Carolina: *“Como yo estaba en contra, y no podía que creer que yo estaba haciendo algo ilegal. Es más pensé, capaz voy a terminar presa, porque había escuchado, mi hermana me contó que una chica por abortar quedó presa. Más confianza me dio venir acá, dije es un centro de salud. Si yo hubiera ido al clandestino es porque estoy haciendo algo ilegal. Ahí dije, puedo terminar mal, se de otras mujeres que lo hicieron”.*

Se observa en nuestras entrevistadas, y en muchos sectores de la sociedad, que aún persiste desinformación y confusión respecto a algunas cuestiones que abordan la legalidad/ilegalidad del aborto. Es parte del proceso de acompañamiento del equipo ILE explicar las causales por la cuales es posible realizar legalmente un aborto en el sistema de salud en nuestro país. La causal “salud integral” ha sido de suma importancia para la efectivización de muchísimos abortos. Para un correcto acompañamiento se requieren profesionales formados/a y capacitados/as en la temática. La utilización de las causales permitidas por la ley abre caminos para dar pasos desde un contexto de ilegalidad absoluta hasta una legalidad restringida.

Una cuestión que llama la atención de los testimonios es que aún persiste en muchas mujeres la representación imaginaria de que el aborto debe pagarse. Es clara la asociación entre ilegalidad del aborto, prácticas clandestinas “peligrosas” y el pago. Esta asociación es producto de una larga historia de abortos clandestinos pagos en nuestro país. Durante las entrevistas del proceso de ILE se aclaran estas cuestiones y se desalientan prácticas inseguras. Se orienta respecto a los efectores “seguros” y amigables donde se

puede acudir. La Red de profesionales y su incansable tarea de difusión ha sido de suma importancia en esta tarea.

La percepción del equipo ILE como legalizador del proceso que se desprende de los testimonios es de suma relevancia para amortiguar el posible sufrimiento psíquico que puede surgir asociado a la ilegalidad del aborto y las prácticas clandestinas. En consonancia con nuestro trabajo Daniela Dosso concluye luego de la investigación realizada sobre Consejerías en la provincia de Buenos Aires que la posibilidad de acceso al sistema de salud a través de dichas consejerías disminuye el padecimiento subjetivo de las personas que abortan. Dice al respecto: *“La atención evita o reduce riesgos y daños a la salud física de las mujeres en situación de aborto inseguro y, en consecuencia, produce alivio subjetivo”* (2013:79). Las mujeres no se “esconden” mas, como dicen nuestras entrevistadas y los/as profesionales que trabajamos con mujeres en situación de aborto tampoco.

6.- Los abortos y la sexualidad

La relación entre los abortos y ciertos aspectos de la sexualidad no había sido considerada como un tema a indagar en esta investigación, sin embargo fueron las entrevistadas a través de sus relatos quienes mencionaron algunas cuestiones que invitaron a pensarlo como un eje de estudio.

Las vivencias sexuales posteriores a los abortos surgieron inesperadamente en las entrevistas con cierta frecuencia:

- Ema: *“Como que yo ahora tengo miedo de que vuelva a pasar eso entonces tampoco me veo mucho con él por eso (...) Tengo miedo de que vuelva a pasar”*.

- Laura: *“Después de haber hecho eso, yo ya no tuve más relaciones. Dejé un tiempo de hacerlo. Después empecé a conocer otros chicos”*.

- Ofelia: *“Con el DIU me fui más tranquila, no tuve preocupaciones, no pensaba: en cualquier momento voy a aparecer embarazada”*.

- Yesica: *“Cuando me pusieron el implante yo me sentí más segura al estar con él. Él siempre me decía: vos nunca querés nada. Viste que fulano la dejó a tal porque ella... Me vivía hablando de eso, y siempre era la misma pelea. Yo lo quería, pero no quería quedar embarazada y no quería tener como*

20 hijos. El implante me dio mucha tranquilidad a poder estar con él y poder estar bien. Y no estar con el miedo...”

- Celia: “Y ahora no sé qué me pasa...Ya no quiero estar con él. Ya no tanto, no tengo ganas. O le digo: Si vos te cuidás si, sino no estás conmigo, así de fácil... pensé que una decisión de que él también se cuide, aunque yo me esté cuidando que él también se cuide, fue una decisión mía de no querer pasar de nuevo lo que me paso.”

Observamos a través de los testimonios el miedo reiterado a volver a vivir un embarazo no esperado. Debido al temor surge en algunas de ellas la abstinencia sexual como respuesta al conflicto. En algunos casos se observa incluso la pérdida de deseo sexual. De acuerdo al testimonio de algunas entrevistadas se vincula la posibilidad de disfrute con la tranquilidad de haber elegido un método anticonceptivo seguro.

Vemos entonces que en algunas mujeres la experiencia del aborto transforma su manera de vivir la sexualidad y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; en algunos casos acotando el goce de su vida sexual y en otros, la experiencia de ILE trajo la posibilidad de reflexionar sobre cómo continuar su vida sexual futura.

El slogan histórico de la Campaña por el Derecho al Aborto: **“Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”** no es un simple e ingenuo slogan. La educación sexual, los métodos anticonceptivos y el acceso legal al aborto son tres patas del mismo problema: la violencia patriarcal que ha encorsetado y dominado históricamente la sexualidad de las mujeres. Son tres elementos que permiten abordar la problemática de manera integral. La ecuación mujer = madre = pasividad construidas por las instituciones de la modernidad ha invisibilizado a las mujeres como sujetas de placer erótico (Fernández, 1993).

Mencionaremos a continuación aportes que han hecho nuestras entrevistadas respecto a su experiencia con la educación sexual y a los métodos anticonceptivos

6.1- “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”

ESI (Educación Sexual Integral)

Por algunos relatos surgidos en las entrevistadas se observa todavía falta de educación sexual en nuestra sociedad.

Mencionamos previamente que Yesica desconocía que podía elegir continuar un embarazo o no. Comentó además que le faltaba información sobre métodos anticonceptivos. Dice: *“Hay muchos métodos para cuidarse y yo tonta, que quedé embarazada por no conocer tantos métodos, solo conocía dos... Pensé que iba a tener como diez hijos porque nada me funcionaba en cuidarme”*. En el caso de Karen también se observa desconocimiento: *“...mientras me ponía las pastillas me enteré que las mujeres podían tener orgasmos. L. mientras me empezó a hablar de cosas para distraerme, me preguntó si yo había tenido un orgasmo y le dije que no sabía que era eso. Me dijo que así como los hombres acababan las mujeres también podían acabar. Esa fue la primera vez que escuché eso.”*

Por otro lado, también es necesario mencionar que varias de las entrevistadas poseían conocimiento sobre diversos aspectos de sus derechos sexuales y reproductivos. La mayor conciencia respecto de los derechos de las mujeres se corrobora en la clínica cotidiana en general. Este hecho nos habla de un avance respecto de estos temas gracias en parte a la implementación desde hace varios años de la Ley de Educación Sexual (ESI) que ha dado frutos y se observan los efectos de mayor visibilización, desnaturalización de la violencia machista y deconstrucción de estereotipos de género. Sin embargo, aún queda camino por recorrer y es necesario todavía poner énfasis en el cumplimiento de la ESI y la importancia de una educación sexual temprana tanto en las escuelas, efectores de salud y en los hogares.

MAC (Métodos Anticonceptivos)

Se desprende de las entrevistas que muchas mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo o lo utilizaban de manera incorrecta al momento del embarazo no esperado.

Dice Carolina: *“No. No nos cuidamos. Antes si nos cuidábamos con preservativo, después ya no”*. Gisela manifiesta que no utilizaba ningún método al momento de quedar embarazada. Yesica comenta que no se cuidaba

tampoco en ese momento: *“No, mi hija tenía un año. Teníamos relaciones con preservativo y casi nunca teníamos relaciones. Ella, la asistente social, me explicó que podía haberse pinchado el forro o estar vencido. Ella me habló de muchas cosas que yo no tenía idea. Me apoyó mucho.”* Laura explica: *“Con esta nueva pareja como estábamos recién comenzando nos cuidábamos mucho con condón, demasiado... Un tiempo nos cuidamos con condón, después era un rato sí, y a veces no lo usábamos, un día sí, y así...”*

Es de destacar que se reitera la creencia falaz de que la eyaculación del varón por fuera del cuerpo de la mujer puede funcionar como método para prevenir un embarazo. Dice Ofelia: *“Como él se cuidaba, afuera terminaba él, por eso se le fue y ahí fue donde me embaracé”*. Karen señala: *“A veces usábamos forro, a veces el acababa afuera. En ese momento yo pensaba que si el acababa afuera y yo después iba al bidet a lavarme, pensábamos que los espermatozoides caían para abajo”*. Por su parte, Celia expresa: *“Si me cuide con pastillas un tiempo, pero me olvidaba... después ya no, porque nos teníamos mucha confianza y nos conocíamos muy bien como éramos... Él siempre se venía después, nunca se venía dentro de mí”*.

Otros testimonios dan cuenta de que los métodos pueden fallar. En algunos casos quizás por un uso incorrecto y en otros tan solo por azar. Ema relata su experiencia con preservativo: *“El tema es que me cuidé, no es que no me haya cuidado, pero se ve que no lo hicimos bien y pasó lo que pasó”*. L.V. cuenta: *“Fue raro porque sí nos cuidamos. Usamos condón y no sé, yo le dije cómprame la pastilla, y después me compró la pastilla, la tomé después de haber tenido relaciones. Nos cuidamos y no sé, me dio la duda, y le dije por si acaso cómprame la pastilla del día después...”*

Surgieron también relatos de barreras en el acceso a métodos anticonceptivos:

Natalia menciona su dificultad con los anticonceptivos orales: *“Me pasó que las dejé porque no me las daban en el hospital cercano de mi casa y yo no tenía la plata para comprarlas.”*

Karen en su testimonio evidencia como operan la ignorancia y los prejuicios de los/as profesionales de la salud sin formación en cuestiones de género: *“Yo había empezado los trámites para las inyecciones y ahí la ginecóloga del Piñero (otra ginecóloga) me dijo que no podía darme la receta*

para las inyecciones porque era muy joven y tenía que usar forros. Yo fui, a los dos días de tener mi primera relación sexual con forros fui porque me quería cuidar, desconfiaba de mí. Y me dijo que no, que no me podía dar anticonceptivos. Yo me acuerdo de esto, me dijo una oración exacta, me dijo que no sabía si mi novio me iba a dejar al día siguiente entonces no tenía sentido cuidarme sin preservativo si no era una pareja estable”.

Es importante mencionar también la importancia del trabajo de los equipos de salud y de los equipos ILE en particular respecto a la elección y acceso a métodos anticonceptivos en las consultas posteriores al aborto, para garantizar un disfrute pleno en la vida sexual de las mujeres y prevenir además futuros abortos.

- Celia: *“Me cuidé con el chip. Desde el día que salí del hospital, sufrí mucho, dije: No me va a volver a pasar esto. Me colocaron el chip el día que salí del hospital”.*

- Ema: *“...mi mamá estaba conmigo cuando yo vine acá y me hablaron de un montón de métodos... Yo quería volver para pedir las pastillas que me sirvieron bien...”.*

- Ofelia: *“Después que hice el aborto me hice colocar el diu y hasta este momento tengo el diu”.*

- Laura: *“...mi pareja actual sabe lo que pasé. Sabe que aborté, entonces por eso ahora con él, para no asustarnos, para no estar mal decidí ponerme el chip”.*

- Karen: *“Después del aborto me dieron una orden rápida para empezar a inyectarme”.*

El caso de Yesica es interesante ya que relata: *“Ahí mismo, después de eso, me informaron cómo me podía cuidar para que ya no pase por esto, sino quería pasarlo de vuelta”.* Sin embargo, al momento de la entrevista cuenta que se encontraba nuevamente con otro embarazo no deseado y en consultas para abortar nuevamente. El testimonio de Yesica nos invita a pensar que la información y la accesibilidad no bastan para reflexionar sobre la problemática del aborto (sobre todo cuando se presenta más de un aborto en una mujer). Cuando un/a sujeto/a insiste en cierta repetición (inconsciente quizás) se hace necesario pensar estos embarazos dentro de sus coordenadas singulares y en

la posibilidad de trabajar vía la palabra de conflictos que quizás no han sido elaborados.

Es importante señalar que solo una mujer de las diez entrevistadas mencionó la vasectomía como opción de método anticonceptivo. Ninguna de las demás lo consideraba ni previamente al aborto ni luego. En palabras de Yesica: *“Es fácil decir yo no quiero tener un hijo, pero yo tampoco quiero. Entonces hacete la vasectomía si no querés tener un hijo, claro yo le digo yo me tengo que hacer de todo en mi cuerpo cuando vos no te tenés que hacer nada”*. La cuestión del método anticonceptivo en la actualidad continúa siendo lamentablemente algo correspondiente al mundo femenino y al cuerpo de la mujer.

Si bien se ha avanzado bastante en los equipos de salud respecto a la necesidad de trabajar con los MAC en mujeres en edad fértil, también recordamos lo señalado en el capítulo 2 respecto a este tema dadas las estadísticas recabadas: aun es necesario mejorar la accesibilidad a MAC post ILE. Dijimos que la accesibilidad se piensa en términos relacionales: usuarias-equipos de salud. En ese sentido es necesario mencionar que en algunas ocasiones no se logra contactar a las mujeres en los controles posteriores al aborto donde se sensibiliza respecto a la necesidad de uso de MAC.

A modo de cierre de este eje es interesante atrapar la pelota arrojada por nuestras entrevistadas al hablar sobre estos temas y reflexionar respecto de este fenómeno tan actual, mujeres empoderadas y deseantes que claman por su derecho a gozar en todos los ámbitos, incluso en el sexual. Dice la periodista Luciana Peker en su libro *“Putita golosa”*: *“El corazón de todos los avances normativos es que las mujeres, lesbianas, gays, bisexuales, travestis y trans tienen derecho a sus deseos. Y no tienen que pagar costos por obtenerlos. La revolución es la revolución del deseo”* (2018:13).

7.- Los vínculos y relaciones sociales en el proceso del aborto

Uno de los ejes de interés para la investigación se refiere al lugar de los vínculos a lo largo del proceso de aborto. Dice Dosso: *“En la situación singular de cada mujer aparecen los “otros significativos”, personas que encarnan un*

rol familiar o social significativa en relación a la decisión de abortar... todos ellos juegan un rol importante en tanto cuentan con algún poder de afectar material o simbólicamente la salud de la mujer” (2013:78).

Se mencionó previamente el lugar de la pareja y la opinión de los/as demás (sobre todo de los familiares directos) cuando reflexionamos acerca de los motivos que consideraban las mujeres al construir su decisión de abortar. Se pudo apreciar que en algunos casos era de mayor o menor importancia las características de algunas de estas relaciones: el vínculo de pareja y/o con familiares para cada mujer. En este apartado analizaremos otros aspectos de la vida social de las mujeres en su proceso de IVE.

7.1- El amor después del aborto

El material aportado por varias de las entrevistadas da cuenta de que luego del aborto, en general, se transforma el vínculo de pareja. En algunos casos impacta de tal manera que se producen separaciones después de este acontecimiento.

En el caso de Gisela comentó que pudo terminar una relación muy conflictiva con su pareja luego de vivir la situación de aborto. Por su parte Karen se sintió abandonada por su novio luego de la IVE. Dice: *“A los dos meses del aborto K. me dejo, el no pudo manejar la situación, se sentía muy culpable. Hoy en día él se siente culpable, hoy en día el no supera el aborto”*. Natalia también expresa haberse sentido abandonada: *“con la pareja que yo estaba cuando se enteró me dejo, no lo vi nunca más” “se dio el lujo de dejarme, no darme una ayuda, un algo, una palabra”*.

Carolina aporta su experiencia de separación: *“Y ahí fue donde yo decidí. Aquí voy a empezar otra vez. Ya pasó todo, ya quedó atrás. Empiezo sola. Mi mamá me dijo: hace las cosas bien, pensá en vos. Ya no sabía nada de él, me bloqueó, lo bloqueé. Me sentí mal, porque perder a alguien, yo pensaba que íbamos a estar juntos en las buenas y en las malas”*

Laura cuenta que la relación se terminó luego del aborto: *“con el chico que estaba en ese momento ya no le volví a hablar. Esa noche no le mandé mensaje y después a la mañana me había contestado. Agarré, tiré el chip del celular y me desaparecí para él... Porque me perdí, no le contestaba los mensajes. Sabía que él si lo quería tener y pensé que él no me iba a perdonar*

jamás... No volví más. Hasta ahora lo veo o me habla por face. Sé que viéndolo a él, me voy a acordar de lo que hice. Yo le digo: tenés una bebé, él me dice: pero hubiera sido más lindo el nuestro, siempre... Yo le pedía perdón a él todo el tiempo por no haberlo tenido y me decía: bueno está bien, te comprendo. Pero no me gustaba que me tocaba la panza. Vi que hacía eso, ya dije, no me lo está perdonando, por más que me diga sí, no lo está haciendo. Por eso fue la decisión mía, de ya no verlo más”.

Celia cuenta que no se separó, pero sus sentimientos hacia él se modificaron y dejó de convivir en el mismo cuarto luego del aborto. Al momento de la entrevista vivían en cuartos separados. *“Se mudó de pieza diferente, yo le llevé todas sus cosas, me dolía, me dolía mucho. Necesitaba mi tiempo, necesitaba pensar muchas cosas y quería estar sola un tiempo... Culparlo a él es porque yo estoy muy enojada. En el fondo siento que no lo voy a perdonar, porque el día que yo salí del hospital me vine sola y en el momento donde él tenía que ir a verme en hora de visita estaba jugando un juego o hablando con su hermana o con su amigo, y ¿dónde estoy yo ahí? Es como que él se liberó de las cosas y se quedó ahí en la casa y yo estuve ahí sufriendo y el no entiende esto... cuando yo me vine del hospital me vine con la ropa que tenía puesta, y me vine con mi prima y el que tenía que supuestamente acompañarme, traerme, nada, estaba dormido. Yo llegué y él estaba durmiendo tranquilamente y eso es como que dio bronca. Porque no entendió el dolor que yo pasé, es feo, Para él es como que ya pasó, ya está, olvídale. Y eso me molesta mucho. Por eso digo que ahora soy más firme, ahora cuando estoy enojada le digo: yo soy la que pasé todo, vos no pasaste nada”.*

Mencionamos previamente que, aunque puedan ubicarse algunas similitudes, cada mujer significa de manera diferente su proceso de aborto. También es necesario aclarar que en los casos de nuestras entrevistadas en que había parejas constituidas, cada miembro de esa pareja también podía significar de manera distinta ese aborto. Para algunas mujeres ese embarazo no era deseado y para algunos varones sí lo era. Se puede apreciar por los testimonios previos que las separaciones en muchos casos tuvieron que ver con diferencias de cada miembro de la pareja respecto al embarazo en curso. Diferencias que quizás eran preexistentes, pero se vieron agudizadas por decisiones a tomar respecto a la irrupción del embarazo. Por los testimonios se

desprende que en algunos casos no había acuerdo respecto a la decisión de abortar: *“El sí lo quería tener, pero yo no”* (Laura); en otros casos, aunque existía un acuerdo, las mujeres se sintieron solas o abandonadas. Se puede vislumbrar también que el aborto precipita en algunas mujeres la caída de una ilusión respecto a la pareja: *“yo pensaba que íbamos a estar juntos en las buenas y en las malas”*. (Carolina)

Por otra parte, se desprende del relato de María que al acontecer el embarazo no esperado se encontraba en un momento en que estaba armando una nueva relación amorosa luego de separarse del padre de sus hijas, con el que compartió muchos años. Dice respecto de esta nueva relación: *“Yo pensé quizás un hijo lo vaya a cambiar, pero no lo cambió el hijo, yo estaba embarazada y él seguía haciendo las cosas mal.”* Al momento de la entrevista aún continuaba esta relación, pero con cierta desilusión por no haber encontrado las reacciones que esperaba de parte de su novio durante el proceso de embarazo y aborto. Se reitera nuevamente con este testimonio el tema de la desilusión y la diferencia entre las expectativas y las características reales del vínculo de pareja.

Asimismo, se puede inferir por el testimonio de Yesica que se modificó su relación con su pareja después del proceso de IVE. La joven pudo empoderarse respecto a su posición en la pareja y respecto a sus derechos y empezar a cambiar algunas cuestiones que le generaban malestar. Ema por su parte refiere: *“...después de abortar, la relación con mi novio no era lo mismo”*. La joven refiere que ha considerado separarse, pero no ha podido hacerlo. El caso de Ofelia es el único en que según su relato el aborto no pareciera haber modificado su relación con su marido, con el cual sigue en pareja, a pesar de que éste estaba detenido al momento de la entrevista.

Por lo descripto en los párrafos anteriores es posible decir que nueve de nuestras diez entrevistadas experimentó una transformación de su relación de pareja. Es para destacar que de diez mujeres entrevistadas, la mitad (cinco de ellas) vivieron una ruptura del vínculo conyugal luego del aborto, otra considero la separación como una opción (Ema) y otra de ellas no se separó, pero dejó de convivir luego del aborto (Celia). Por último, mencionamos que Yesica mejoró su posición subjetiva, modificando la distribución asimétrica de poder en su vínculo de pareja. Así como afirmamos anteriormente que la experiencia de

aborto implica un punto de inflexión en la vida de las mujeres, es posible concluir que también marca un antes y un después en la vida de una pareja que atraviesa ese proceso.

7.2- El aborto y la violencia machista

Es posible apreciar por los relatos recabados en esta investigación que más de la mitad de nuestras entrevistadas (60%) han padecido o se encontraban padeciendo violencia machista al momento de la entrevista. Este dato es concordante con lo recabado en el universo total de mujeres que accedieron a ILE en el bienio 2017-2018: 44% del total. Estas cifras no sorprenden, ya que es consecuente con las alarmantes estadísticas generales de violencia machista en nuestra sociedad y en el mundo entero.

Se desprende del relato de Gisela una historia de violencia de género padecido con diferentes parejas. Respecto de su última pareja, lo describe de esta manera: *“se volvió una persona súper violenta y tiene sus contactos en la calle. De hecho, yo estoy en la plaza por ejemplo y me pregunta: ‘¿Con quién estás?’... Ya no tengo miedo, pero en el caso de que yo hubiera tenido un bebé y no lo hubiera llevado a visitas si era asegurado que me podía pasar algo.”*. Ema por su parte plantea: *“yo sabía que él era violento (...) a veces me da miedo (...) me dijo un montón de cosas ya. Me dijo que si yo me iba con otro, la otra persona la iba a pasar mal y después yo la iba a pasar mal, no sé, cosas así”*.

Celia describe reacciones violentas padecidas de parte de su pareja: *“Una vez me llegó a levantar la mano, o a hacer empujones (...) me enoja su desconfianza siendo que yo estoy las 24 hs del día trabajando en el mismo lugar con él”*. En el caso de Yesica se reitera el predominio de los celos: *“El papá de mis hijos era muy celoso, no me dejaba ir al plan adolescencia. Había veces que faltaba dos semanas, tres. Y ellos me decían que él no podía decirme que no vaya... a veces es muy posesivo, solo que antes yo no hablaba, era muy callada. Y trataba de no dirigirle la palabra si estaba enojado, por mis hijos, para evitar todo hacia ellos. (...) No quería que ellos vivan todo lo que yo había vivido con mis papas, o sea un grito, un cerrar la puerta fuerte, o un me voy a tomar, o todas esas cosas era como que yo decía todo bajito, todo que sí. Era esa persona, era muy boba. Y ahora capaz que me dice voy a jugar*

a la pelota, y después vuelve y me pregunta si cociné y yo le digo: no, yo también salí, con los chicos. Cocinamos los dos, y él dice: bueno, tenemos ese diálogo. Antes tenía miedo de decirle que no había cocinado, tenía miedo que me grite, nunca lo probaba igual". Se desprende del relato de Yesica una historia familiar ligada a la violencia de género: *"cuando yo me aferré a él, era porque vivía mucha violencia en mi casa, de mi papá hacia mi mamá. Y hacia nosotros, si hacíamos algo, era a los golpes"*. El testimonio de Yesica refuerza lo que se constata cotidianamente en la clínica: la reproducción de la violencia machista transmitida de generación en generación.

Natalia refiere no haber vivido violencia de género de parte de su último novio, sin embargo relata haberlo vivido en el pasado: *"después de haberme separado del papá de mi hija fue como que él me volvió a dar ilusiones porque el papá de mi hija me golpeaba"*. Carolina dice de su experiencia: *"más cuando estaba borracho. A veces yo le decía que basta, que descanse y él se ponía violento. Me empujaba, me trataba mal. Me aventaba a la pared, no le importaba nada. Trataba de abuenarlo para que descanse. (...) Últimamente se puso muy agresivo estando sano, me gritaba en la calle, no le importaba nada. Me gritaba: sos una cualquiera, porque era muy celoso. Entonces pensaba que yo estaba con alguien, se hacía solo la cabeza"*

Es reiterada la descripción en las entrevistas de vínculos posesivos, donde la mujer es considerada un objeto, propiedad del varón y en donde los celos tienen un lugar importante y frecuente. Se puede inferir que algunas han naturalizado e invisibilizado la violencia machista padecida, implícita en estos vínculos de dominio y de sometimiento al relatar algunas escenas cotidianas que implican violencia, pero que sin embargo no lo registran como tal. Otra cuestión que no surgió de las entrevistadas pero que se escucha cotidianamente en esta clínica es la violencia machista operando como obstáculo para la utilización de métodos anticonceptivos, situación que puede generar un embarazo no deseado.

Es necesario señalar que el abandono y/o indiferencia hacia una mujer de parte de su pareja y el destrato y desinterés por acompañarla a atravesar una situación dilemática como es un embarazo no deseado puede constituir una situación violenta también. Mencionamos en un apartado anterior que las entrevistadas en general evaluaban sus vínculos amorosos a la hora de definir

la interrupción del embarazo, en algunas de ellas las características violentas de su pareja era un aspecto a tomar en cuenta al decidir el aborto.

Preocupan las altas cifras mencionadas y nos lleva a reflexionar acerca de una frecuente asociación entre aborto y violencia de género en las mujeres que accedieron al dispositivo. Se advierte que si no se modifica profundamente la relación asimétrica de poder entre los géneros y si no se sostiene con continuidad una política de estado integral para trabajar la problemática, lo que predomina es la repetición y reproducción de vínculos violentos de generación en generación.

7.3- Las otras: sororidad en el aborto

Si bien algunas entrevistadas eligieron el acompañamiento de sus parejas varones (en el caso de las que estaban en pareja), se pudo pesquisar por el análisis de las entrevistas la gran importancia de otras mujeres en el acompañamiento del proceso de IVE.

La figura de las pares: hermanas, amigas, primas, etc. es frecuentemente mencionado. Es de destacar el rol de “la hermana” que surge en tres casos como acompañantes importantes del proceso: Ema, Carolina y Laura.

Dice Carolina: *“La que más estuvo fue mi hermana. Ella me acompañó, me aconsejó, me dijo: pensalo. Ella me dijo: capaz lo podés tener. Ella sabía”* Comenta que también conversó con una amiga: *“También me habló, me aconsejó. Yo me sentía bien hablándole”* Cuenta que llegó al CeSAC por una amiga: *“Por una amiga, que me había contado hace mucho hablando, me dijo que ella también había quedado embarazada y no lo quería tener porque su pareja no lo quería”*. Laura: *“Mi hermana también me apoyó. Me trajo acá a la salita. Mi hermana ya tenía un bebe, mi sobrino que tendría 8 meses en ese momento. (...) Cuando le conté a mi hermana vinimos a la salita, yo ya le había dicho que no lo quería tener. Ella me acompañó bastante, era la única que sabía de mi familia, no sabía nadie más. Ella me apoyó bastante, me dijo: bueno, si no lo querés tener está bien, además sos muy chica”*.

Al preguntarle a Yesica si habló con alguien aparte de su pareja cuenta: *“Con ella, con la que vine ahora, con mi amiga. Hablarlo con ella era como me entendía. Y después hasta me confesó que ella también lo había hecho. Se*

puso a llorar conmigo y me dijo que pensaba que no había otra persona que lo había hecho y que lo buscó todo mediante internet que no tuvo la ayuda que yo tuve. Que nadie le habló". Celia refiere: "Mi prima me habló, me dijo que la vida es muy difícil, porque ella pasó por eso. Le agradezco mucho porque fue la que se quedó conmigo en el hospital, tal como yo me quedé con ella cuando le pasó eso".

También se destaca el acompañamiento de mujeres mayores: madres, suegras, tías, jefas, etc. Laura dice respecto de su suegra: *"me miraban mal sus hermanas. Su mamá no, porque sabía que él tenía la culpa. Su mamá sabía que yo no lo quería tener (...) Su mamá le dijo a él que era mi decisión, no suya".* Celia cuenta: *"yo me iba a quedar en mi casa sola. No pensé que iba a ser tan grave. Después la Sra. con la que trabajo me dijo: No, te venís para acá. Se ve que ella sabía lo que iba a pasar, ella también había pasado por eso. Yo me quedé ahí, estuve con sus hijas, me trataron muy bien".* Ema por su parte rescata el cuidado y acompañamiento de su madre durante el proceso de aborto.

Para algunas mujeres fue importante compartir con otras que hayan pasado por experiencias similares previamente. Karen relata: *"Por suerte L, la esposa o novia del mejor amigo de mi novio, había pasado por dos abortos con misoprostol. Se enteraron de que yo quería hacerme un aborto así que ella ofreció acompañarme. Ofreció su casa, porque lo tenía que hacer en un lugar, y no quería que fuera en mi casa (...) K. me preguntó si quería que este él o L. Yo preferí que este ella (...) L. me acompañó en todo momento. Yo no quería hacerlo sola. Me quedé a dormir en su casa".* Gisela por su parte comenta: *"...tenía tres amigas que estaban al tanto. De hecho, dos de ellas me dijeron las conseguimos ilegales (se refiere a la medicación). Súper frías y rápido. Y la otra, me decía que pensara lo que yo quería hacer, hacemos. Respetaban mi silencio... Ellas habían pasado por esa situación... Y que si ustedes (se refiere al equipo de salud) no me ayudaban eran ellas las que me iban a ayudar".* Ema aporta su testimonio refiriéndose al vínculo con una amiga *"...es la que más confianza tengo y creo que es la única a la que le podía contar. Ella paso una situación... no quedó embarazada pero paso una situación similar y me sentí identificada"*

Por último, pero no por ello menos importante, también surge en los relatos el acompañamiento de profesionales mujeres o referentes institucionales tanto del equipo ILE como de otras instituciones. Laura rescata sus diálogos con la bibliotecaria del colegio: *“Ella, A., ya me conocía a mí, y me preguntó porque estaba así, me dijo: estás rara. Le conté sobre el tema del aborto y después le conté lo que hice. Y cada vez que venían a asesorar al colegio sobre ese tema, yo me escapaba a la biblioteca”*. Yesica destaca a la Lic. en Trabajo Social del Programa Adolescencia, quien la acompaña en todo el proceso: *“Me dijo: yo te ayudo, me pasó su teléfono y empezamos a hablar. Me preguntó si estaba segura. Me dijo que podíamos ir con unas amigas que ella tenía, psicólogos, para que si quería lo tenga o si decidía no tenerlo. Me trajo acá, al CeSAC 40, nunca había venido. (...) Ella, la asistente social, me explicó que podía haberse pinchado el forro o estar vencido. Ella me habló de muchas cosas que yo no tenía idea. Me apoyó mucho.”*

Las entrevistadas también comentaron experiencias de acompañar abortos de otras y socializar la información a otras, Gisela cuenta: *“Me ha pasado de estar en la misma casa cuando alguna abortaba y bueno yo te cuido”*. Celia fue acompañante de su prima: *“Yo estuve cuando mi prima pasó por eso, la vi sufrir un montón”*. Ofelia contando acerca de una amiga dice: *“Pasó lo mismo, tuvo su bebe chiquito y tenía 4 o 5 hijitos y justo me encontré con ella y me dijo: no sé qué hacer. Yo le dije: Andá a la salita, te van a ayudar”*.

También surge una necesidad en algunas entrevistadas de transmitir la experiencia y ayudar a otras mujeres más jóvenes. Gisela dice: *“sí me encuentro a chicas súper jóvenes, puedo pasar toda la tarde mateando y hablando, aconsejando. Les digo: andá que las chicas te van a escuchar y nadie te va a obligar a nada”*. En el caso de María al finalizar la entrevista solicita un turno para una chica muy joven conocida de ella, que desea interrumpir un embarazo.

Vemos entonces que a lo largo de la historia de la humanidad siempre mujeres han acompañado a otras mujeres a abortar, tal como se comentó en el primer capítulo. Desde la figura de las comadronas en la antigüedad, pasando por los espacios de acompañamiento de las feministas de la década del ‘60 y ‘70, sobre todo en Estados Unidos, Francia e Italia, hasta las organizaciones

feministas actuales que acompañan por diversas vías: telefónica, presencial, informando, orientando y conteniendo.

Retomaremos lo mencionado en el primer capítulo respecto a los aportes de Ana M. Fernández (1993) sobre la construcción de la subjetividad femenina en la Modernidad. La autora plantea que lo masculino ha sido históricamente eje de medida y parámetro de la humanidad. Todo lo que se diferencia de la ecuación Hombre=hombre queda situado como “lo otro” en una posición inferior. Fernández diferencia el concepto de “individuos”: varones adultos, burgueses y “libres”, habitando el mundo público; de “las idénticas”: mujeres habitando el mundo de lo privado cumpliendo con mandatos y roles estereotipados de madre y esposa. Las “idénticas”, se constituye en un grupo social subordinado al Universal: el Hombre (con mayúsculas). Las “idénticas” garantiza el proceso de individuación de los varones. Estos conceptos dan cuenta de prácticas sociales sobre lo femenino y lo masculino propios de la modernidad que consolidaban desigualdades sociales en base a la diferencia sexual. Los escenarios afortunadamente han cambiado, asistimos a modos diversos de subjetivación del género femenino en la actualidad que implica transformación también en la forma de las mujeres de **estar juntas**.

Hace tiempo ya que se ha instalado el término **sororidad** para caracterizar el vínculo de solidaridad entre mujeres. Es un concepto que viene del latín: *soror* que significa hermana. Este concepto destaca la hermandad entre mujeres sobre todo respecto a las problemáticas sociales atravesadas por la cuestión de género. La sororidad es un valor, como la fraternidad, que hace mención a la unión, al apoyo y acompañamiento entre las mujeres.

Nuestras entrevistadas destacan la transmisión de saberes, consejos, experiencias de mujer a mujer, incluso de traspaso entre generaciones de mujeres. Surgen relatos de mujeres acompañando a otras en internaciones y consultas de ILE. Es interesante destacar también el pasaje entre *ser acompañada* a *acompañar* activamente a otras. Pasamos de *las idénticas* a *las sororas*. De vincularnos desde una posición de competencia y rivalidad a construir lazos de solidaridad y acompañamiento integrando las diversidades.

7.4- Soledad y Silencio

Si bien se mencionó previamente que se destaca en las entrevistas el acompañamiento de parejas y de otras mujeres, también se escucha bastante soledad a lo largo de los relatos de algunas entrevistadas. Varias mujeres realizaron la consulta solas y/o decidieron solas y/o realizaron la práctica de interrupción en soledad y/o no hablaron con nadie o con pocas personas respecto a lo vivenciado. Algunas de ellas atravesaron todo el proceso en silencio y soledad.

- Ema: *"A mi amiga le conté algunas cosas, a mi mamá otras cosas, pero no todo de cómo me siento. Ellos no saben el motivo concreto por el cual aborté, solamente les dije que quería abortar, no podía"*

- Gisela: *"Respetaban mi silencio, estoy acostumbrada a sufrir las cosas callada. (...) Lo guardé para mí. Por ahí no se entiende la mezcla de lo correcto y lo... hay como un hilo en el medio".*

- María respondiendo a la pregunta de si habló con alguien del aborto vivido dice: *"No. Siempre sola, me guardo".*

- Ofelia manifiesta que no quiso hablar con nadie respecto de lo vivido, solo con su marido: *"Tenía miedo de contar o vergüenza, no sé. (...) Yo debía de cuidarme, ya sabía que en cualquier momento me iba a embarazar, yo tenía que cuidarme con algún método y siempre una mujer te dice: 'pero porque no te cuidaste', y por eso no quería contar. Por eso no conté a nadie".*

- Laura relata su experiencia al momento de realizar la práctica del aborto *"Y en el momento que me estaba doliendo mi panza, todos se durmieron. Mi mamá también dormía, mi sobrino, todos estaban durmiendo. Le mandé mensajes a ese chico y como no me contestó más, sabía que estaba durmiendo (...) Me sentí sola".*

- Natalia por su parte explica: *"...no se lo iba a contar a nadie y lo iba a resolver sola, pero se lo tuve que contar a mi mamá por el tema de que yo necesitaba alguien que me cuidara a mi hija";* refiriéndose al momento de utilizar la medicación dice: *"... lo hice sola. Mi hija estuvo nomas. Me sirvió estar sola porque valoré muchas cosas, aprendí mucho en esos días que estuve encerrada en mi casa con dolores, con fiebre, con contracciones. (...) Yo quería pasarlo sola porque no quería defraudar, no quería que nadie me vea mal".*

El equipo de salud es mencionado como el único acompañante del proceso de aborto para algunas entrevistadas. Dicen ellas:

- *“Me sentí cómoda en todos los sentidos y muy acompañada, más acompañada que lo que me pude haber sentido con mi familia”* (Natalia)

- *“A ustedes yo les conté lo que pasó y me siento bien. Les tengo confianza, con amigas no”* (Ofelia)

- *“...desde el momento en que yo vine acá (se refiere al centro de salud) no me sentí más sola”* (Celia)

- María refiriéndose al acompañamiento del equipo ILE dice: *“... sentí que no estaba sola”*.

- *“Pensé me están apoyando, y no me están juzgando. Me sentí re apoyada, sentí que les podía hablar de esas cosas que no podía hablar con nadie más”*. (Yesica)

Estos testimonios fortalecen lo señalado respecto de la importancia de un adecuado, contenedor y respetuoso acompañamiento de los equipos ILE. Los equipos tienen la responsabilidad de acompañar el proceso generando las condiciones de posibilidad para el despliegue de la palabra y una escucha atenta de lo que allí se despliegue.

Tal como se ha expresado, en esta investigación se hizo énfasis acerca de la necesidad de considerar la singularidad de las experiencias de aborto para cada mujer. En este sentido, el estatuto de la soledad y el silencio en estas experiencias será diferente para cada mujer. Si bien en algunos casos el silencio y la soledad responden a una elección, vinculados con las características de la personalidad de algunas mujeres -más introvertidas y cuidadosas respecto de sus sentires y experiencias- que no presentan necesidad de expresión de lo vivido. Pero, se puede pensar que en otros casos el silencio y la soledad responden al temor a ser juzgadas por sus actos y sus decisiones. Algunos relatos hacen referencia al temor a la sanción social, a la mirada de los/as demás y el “qué dirán”. En estos casos, nos enseña la experiencia de la clínica psicoanalítica que lo silenciado y “guardado” puede generar efectos de padecimiento y malestar posteriormente en sus vidas.

Más allá de las características singulares de cada mujer sabemos que el aborto ha sido un hecho social históricamente silenciado, sancionado y estigmatizado. La psicoanalista Martha Rosenberg plantea que el aborto ha

sido generalmente un tema tabú. Al respecto explica: *“En latín **ab-ortus**, es lo que esta fuera del origen. Entre nosotras, suele ser mencionado actualmente como un problema de salud pública, pero las narraciones propias de las mujeres faltan”* (2017). Nuestras entrevistadas portan en sus relatos el peso del tabú del aborto que aún continúa vigente. A continuación se reflexionará sobre una de las formas posibles de salir del encierro de la soledad y el silencio.

7.5- Narraciones propias: tomar la palabra y dar testimonio

Hace varios años ya que se escuchan con mayor frecuencia los relatos de experiencias de aborto en primera persona. Pasaron más de quince años en que la Red Informativa de Mujeres de Argentina (RIMA) promovió la campaña *“Yo aborté”* donde se relataban experiencias de aborto narradas en primera persona. Estos relatos plantean otra perspectiva al debate respecto a la legalización del aborto. Dice Nayla Vacarezza: *“prestar atención al aborto en términos de experiencia social aporta a la discusión pública aspectos del problema que son irreductibles al discurso jurídico, al discurso médico, a las cifras estadísticas y también a la construcción de casos mediáticos. En los relatos de la experiencia aparecen los cuerpos y los afectos, los argumentos se encarnan...”* (2015:137) Estos relatos son un recurso más que se puede aportar al movimiento feminista (cada vez más creativo), en un momento de estancamiento legislativo, pero a la vez de mayor despenalización social del tema.

El recorrido que implica atravesar la ajenez de un suceso inesperado y repentino, apropiarse de este hecho, incluirlo en la propia biografía y construir una narración propia de esa experiencia es todo un desafío. Se dijo previamente que elegir no continuar un embarazo y transitar un aborto implica un acontecimiento que conmueve la vida de las mujeres. La posibilidad de tomar la palabra y relatar cómo se ha experimentado ese acontecimiento posibilita una transformación desde una posición activa de lo vivido. La experiencia de los abortos no puede ser reducida a lecturas e interpretaciones solamente desde el discurso jurídico, epidemiológico, médico o político, es necesaria además una mirada desde la salud mental haciendo eje en la singularidad de las mujeres. Las narraciones de las vivencias del aborto son una manera también de compartir y socializar otros saberes (diferentes al saber

médico, jurídico, etc) acerca del aborto, que posibilitan ubicar puntos en común y a la vez valorizar la singularidad de cada historia. Accedemos a la comprensión de la dimensión subjetiva de los abortos desde la narración de sus protagonistas, desde sus sentires, pensamientos, recuerdos, silencios, vivencias, etc.

El proceso que se inicia al aceptar la entrevista, acceder a una invitación a hablar sobre el propio aborto es todo un acto de confianza y una decisión de dar testimonio. Podemos reconstruir algo de la experiencia de los abortos a través del testimonio de las mujeres. Tomamos de Agamben el concepto de testimonio: *“El sistema de relaciones entre el adentro y el afuera de la **langue**, entre lo decible y lo no decible en toda lengua; o sea entre la potencia del decir y su existencia, entre una posibilidad y una imposibilidad de decir”* (2002:151). La experiencia de entrevista y el registro del relato de las mujeres que han atravesado un aborto pueden constituirse en una instancia reparadora en sí misma, tanto a nivel singular como colectivo, ya que muchas mujeres nunca han hablado acerca de esto con nadie. Poder rescatar su experiencia y su voz, tener algo para decir respecto de un tema que ha sido históricamente silenciado (situación que está cambiando actualmente) es de suma importancia y ubica a las mujeres como agentes de cambio y transformación social. En palabras de ellas:

- Yesica: *“me sentí que estoy hablando algo que capaz que no hablé con nadie, que pude hablar muchas cosas, quizás de más, cosas que no me estás preguntando. (Se ríe). Me sentí bien”*

- Ema: *“Yo vine porque sabía que necesitaba hablar con alguien, porque no le conté todo a todos. Me sentí bien”.*

- Ofelia comenta sorprendida: *“Nunca había pensado que iba a volver a hablar de esto”.*

- Carolina expresa: *“Es algo angustiante recordar todo, pero es algo que yo no puedo hablar con nadie sobre este tema. Trato de no hablar más ya, porque después de todo lo que pasé, me juzgaron, y yo también me sentí mal y trato de dejarlo ahí, de estar sola con mi dolor y no lo hablo tanto ya. Me hizo bien también poder hablar, para enfrentar la realidad”.*

- Natalia comenta: *“Estoy muy agradecida igual por lo que me estás escuchando un tiempo después, porque es muy importante. Hay mucha gente*

que te ayuda y te deja en el camino, cuando ya todo se termina te deja en el camino". Al finalizar la entrevista dice estar: "Más aliviada, me siento contenida, me siento muy apoyada. Siento como que no estoy sola... Porque salgo y no tengo la oportunidad de contarle a alguien y que me escuche y no me juzgue. Por eso trato de mantenerlo para mí. Me puso contenta cuando me dijiste de esta entrevista porque lo quería, porque yo salgo a mi vida normal y no lo hablo con nadie, sonrío a la vida, demuestro de que estoy bien, cuando muchas veces no estoy bien, porque me pasó esto que algunas veces no estás preparada para pasarlo, nunca estás preparada"

- Karen aporta su testimonio: *"Hasta hoy que lo terminé de poner en palabras no pude sentir esa angustia porque nos vean como úteros nada más, o como personas que pueden dar a luz. Eso me angustia mucho"*

De esta manera, fue posible registrar a lo largo del proceso de toma de entrevistas, que la entrevista generaba diversas emociones y movilizaba bastante a las entrevistadas. Fue necesario pausar las entrevistas en algunos momentos, contener con palabras, con gestos corporales, ser paciente y otorgar tiempo. Es decir, que el proceso de entrevista tuvo efectos en las entrevistadas sobre todo en las que no hablaron luego del aborto con nadie y era un tema "enterrado". Algunas mujeres refirieron angustiarse al recordar situaciones que creían "olvidadas" o "superadas" en la entrevista, pero en general expresaron una sensación de bienestar al poder poner en palabras lo vivido en un ámbito cuidado y seguro como un centro de salud y ante alguien que se interesaba por su relato y no las juzgaba. En algunos casos al finalizar la entrevista tuve que ofrecer espacios terapéuticos dado el nivel de angustia observado, en otros casos me solicitaron entrevistas terapéuticas las mismas mujeres. En la mayoría de los casos esos espacios luego no prosperaron (no se presentaban a las entrevistas), pero quizás era la necesidad de asegurarse que el espacio estaba ahí en el caso de necesitarlo.

La posibilidad de nombrar y significar la experiencia de la IVE en un mundo simbólico androcéntrico es de vital importancia. Pasar del silencio del tabú al relato propio posiciona a las mujeres como autoras y protagonistas. Poder autorizarse *"no en el sentido académico, sino en el de la validez subjetiva de esa posición de enunciación"* (Rosenberg, 2017:9) Un artículo de la Colectiva Feminista "La Revuelta", que acompaña a mujeres en situación de

aborto afirma: *“Cada vez que ponemos en circulación el relato experiencial de alguna de las mujeres -socialización lo que hasta ahora se destinaba al lugar del secreto-, vamos abriendo colectivamente pequeños senderos que van horadando los dispositivos disciplinadores del régimen sexual y de género”* (Zurbriggen, Trpin y Grosso, 2013:309). Es necesario continuar este camino e identificar las barreras culturales, sociales y psicológicas que aún dificultan que las mujeres puedan hablar del tema.

Para poder dar cuenta de nuestras experiencias y cambios los/as seres humanos/as necesitamos continuidad en tiempo y espacio, necesitamos además proveer de cierto orden y causalidad que den sentido a los eventos de nuestra vida y poder organizar narrativas coherentes. Si pensamos que el malestar es inherente al ser humano, generar condiciones para que algo de ese sufrimiento pueda ponerse en palabras implica una posición ética que rescata la dimensión subjetiva del padecimiento.

Reflexiones Finales

El debate sobre el aborto abre la discusión sobre cuestiones cruciales de nuestra sociedad: implica un cuestionamiento radical sobre las relaciones de poder, visibiliza el matrimonio entre las iglesias y el estado; pone en jaque el sistema patriarcal denunciando la inequidad de género y los efectos de esta inequidad en el proceso salud-enfermedad-atención. Demuestra la necesaria separación entre sexualidad y reproducción. Deja en evidencia la desigualdad en el acceso a los derechos que ubica a las mujeres como ciudadanas de segunda. Vemos, entonces, que el acto de abortar no es inocuo para ninguna mujer, al contrario, es un acto con una importante carga y densidad emocional.

La hipótesis de trabajo que ha orientado esta investigación es que la situación de embarazo no deseado confronta a las personas gestantes con un dilema subjetivo que transforma su vida cotidiana y cuya resolución implica un trabajo psíquico. El aborto delimita un hito importante, un evento en la biografía de una persona que constituye un antes y un después de esa experiencia. En dicho proceso existen elementos que pueden generar o potenciar padecimiento o alivio subjetivo, entendiendo el sufrimiento psíquico no desde una perspectiva patologizante sino como parte constitutiva del proceso de humanización. Para poder explorar y describir el proceso de IVE fue necesario escuchar a las protagonistas y realizar entrevistas a mujeres que habían atravesado dicho proceso acompañadas por un equipo de salud en un efector estatal.

Asimismo, para acercarnos al problema del aborto fue indispensable en un primer momento explorar sus múltiples dimensiones: histórica, jurídica, médica y política; entendiendo la relevancia social que constituye la interrupción voluntaria de un embarazo como un problema de salud pública. En este recorrido se comprueba la complejidad del objeto de estudio. La trama de dicha complejidad cobra vida en el texto de nuestras entrevistadas.

Luego fue necesario describir el escenario donde se realizó el trabajo de campo. Así, se caracterizó la ciudad, la comuna, el barrio y el efector de salud que oficio de base para la investigación. De este modo, se demostró las notables diferencias históricas en los indicadores del proceso salud-enfermedad-atención entre un norte privilegiado y un sur empobrecido. La zona

sur presenta indicadores de mayor vulnerabilidad que el resto de las áreas de CABA también en relación a la situación educativa, habitacional, laboral, etc, de sus habitantes. La desigualdad se reproduce en el campo de la salud sexual y reproductiva. Estas diferencias impactan en las condiciones más desfavorables en que se desarrolla el proceso de aborto para las mujeres de los sectores marginales. Se retrató, además, el perfil de la población usuaria del centro de salud y particularmente de las entrevistadas, todas ellas pertenecientes a un sector empobrecido de la sociedad, habitantes de barrios con características de pobreza estructural, que tienen como única opción el sistema estatal de salud, que no tienen las necesidades básicas cubiertas y que no tienen garantizados el acceso a derechos humanos imprescindibles como: vivienda, educación, trabajo, etc. En este sentido, nuestras entrevistadas son doblemente ciudadanas de segunda, tanto por la cuestión de clase como de género.

A continuación nos adentramos en el tema de interés de ésta investigación. Rastreamos aspectos que pueden aportarnos pistas respecto de la dimensión subjetiva de la interrupción voluntaria de un embarazo no esperado. Escuchando a nuestras entrevistadas se pudo reconstruir la trayectoria del aborto y recrear la secuencia temporal en que se desarrolla la experiencia. Dicho itinerario es recorrido por cada mujer de manera diferente. Sin embargo fue posible pesquisar elementos que colaboran a recorrerlo con menor o mayor grado de sufrimiento psíquico.

El proceso de IVE está habitado por dos temporalidades diferentes: implica a la vez una temporalidad indicada por la ciencia médica y una temporalidad propia de cada sujeta. Para construir la decisión de interrupción, algunas mujeres precisan de mayor tiempo que otras, pero en líneas generales, se pudo comprobar que cuanto más rápido se atraviesa el proceso, mayor alivio se vivencia. En cambio, cuanto más se demora (por fallos de la medicación, por no encontrar un efector de salud amigable, etc.) se experimenta mayor sufrimiento psíquico. En ese tiempo de demora se debe sostener una decisión con un costo subjetivo que implica dudas y retrocesos. Podemos concluir que el factor tiempo es de relevancia en el proceso de IVE no solo por los tiempos de la biología, sino por los tiempos subjetivos; ambos entrelazados.

También se demostró que la experiencia del aborto no necesariamente es significada como un hecho traumático y que en muchas ocasiones puede constituir un alivio y reparar el daño psíquico causado por un embarazo no deseado. Sin embargo *“...la des-dramatización de la tragedia que pinta la cultura tradicional occidental y cristiana, no autoriza a negarle al acto de abortar la densidad vivencial de un acontecimiento biográfico que tiene la potencialidad de reorganizar las subjetividades, los afectos y las relaciones intra e intersubjetivas que se ponen en juego”* (Rosenberg, 2017:14). Esta investigación ha intentado dar cuenta de esa densidad que viven las mujeres que abortan.

En esta línea, a lo largo del escrito se mencionó que el sufrimiento psíquico es inherente a la vida humana, entonces la cuestión no es suprimir el malestar (cuestión que no es posible) sino: ¿Qué hacer con ese sufrimiento? La posibilidad de conectar con los sentimientos y emociones vivenciadas y verbalizar lo experimentado, es un camino posible que puede hacer más liviano la densidad del proceso de IVE. Así, se comprobó incluso que la entrevista misma de la investigación y la posibilidad de conectarse con este tema proporcionaron una instancia de elaboración para algunas mujeres. La aventura del decir implica incomodidad, pero también liberación.

A contramano de los discursos contruidos por los sectores anti-derechos que han instalado que la legalización del aborto implicaría que las mujeres acudan masiva e impulsivamente a abortar, se pudo demostrar a lo largo de la investigación la madurez emocional y sentido ético de las mujeres a la hora de tomar una decisión respecto de un embarazo no esperado. La responsabilidad recorre el proceso: responsabilidad por el cuidado de hijos/as en el caso de mujeres que eran madres al momento de consultar, responsabilidad por no poder ofrecer al producto del embarazo una vida posible y digna; y responsabilidad por el propio proyecto de vida que es diferente a la maternidad, al menos en el momento de acontecido ese embarazo no deseado. Abortar implicó, para nuestras entrevistadas, asumir una gran responsabilidad. Responsabilidad que posibilitó apropiarse de las decisiones sobre el cuerpo y la vida.

Sin embargo, el proceso de responder por los actos y asumir las consecuencias no es lineal, ni sencillo. Para muchas de nuestras entrevistadas

abortar fue sumamente doloroso e implicó la vivencia de una pérdida. El sentimiento de culpa nos ha funcionado como indicador de las diversas contradicciones y ambigüedades que habitan a las mujeres que deciden abortar. La frecuencia e insistencia de su mención en las mujeres que formaron parte de esta investigación nos muestra una vacilación entre una posición de sometimiento a los preceptos del patriarcado o la posibilidad de asumir una responsabilidad subjetiva por el acto realizado.

Este trabajo pudo dar cuenta de que el momento de interrupción voluntaria de embarazo implica una transformación de la cotidianeidad e incluso del propio proyecto de vida. En algunas de nuestras entrevistadas se transformaron solo algunos aspectos de su vida y en otras implicó cambios radicales, como ilustra el relato de Karen que luego del aborto se transformó su posición subjetiva reacomodando todos los ámbitos de su vida.

De este modo, se pudo observar a lo largo del proceso de la investigación que en algunas mujeres la experiencia del aborto transforma también su manera de vivir la sexualidad y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En algunos casos se limitó el pleno goce de la vida sexual luego del aborto. El temor y la preocupación por un nuevo embarazo no deseado generaron en algunas mujeres la pérdida del deseo sexual. En otros casos, la experiencia de ILE trajo la posibilidad de reflexionar sobre cómo deseaban continuar su vida sexual futura. Si bien este eje temático no había sido pensado como objeto de análisis al inicio del trabajo de campo, la insistencia y frecuencia del tema en boca de nuestras entrevistadas fue clave para tomarlo en cuenta. Nombrar, enunciar un tema es una forma de visibilizarlo y de denunciar el intento histórico del patriarcado de despojar los cuerpos femeninos o cuerpas (como nomina el feminismo en la actualidad) del placer, el deseo y el erotismo, reduciéndolo a la reproducción y a la satisfacción de deseos de los varones. El problema del aborto conlleva un debate sobre la sexualidad de las mujeres, el control de sus cuerpos(a)s y su autonomía. La cuestión del aborto arroja luz sobre el derecho al placer sexual de las mujeres y a la necesidad de separar sexualidad de reproducción.

La experiencia del aborto re-organiza además los vínculos significativos de las mujeres. En la situación particular de cada mujer que aborta surgen otros/as significativos/as que cumplen roles familiares o sociales relevantes que

forman parte de la construcción de la decisión. Se evidenció que el vínculo entre la persona en situación de aborto y su madre es altamente significativo, sobre todo en mujeres adolescentes y jóvenes. La opinión de la madre es sumamente valorada por lo cual se desprende la importancia del acompañamiento de la madre a lo largo del proceso. Es posible pensar entonces, que es importante disponer de “una madre” para acompañar la decisión de no ser madre.

La investigación demostró que el proceso de aborto modificó los vínculos de pareja en la mayoría de los casos, terminando en una ruptura del vínculo en el cincuenta por ciento de nuestras entrevistadas. Asimismo, se corrobora además la frecuente asociación entre aborto y violencia machista. Se demostró que el abandono, indiferencia y desinterés de la pareja, quizás no constituyan una situación de violencia explícita, pero generan padecimiento en las mujeres en situación de aborto. No contar con el apoyo y acompañamiento de las personas afectivamente importantes y transitar el proceso en soledad aporta mayor grado de sufrimiento psíquico. Concluimos además que muchas mujeres se han sentido acompañadas por otras mujeres. “Las otras”: las pares, las mayores, las referentes sociales e institucionales, etc. son de vital importancia para las mujeres que deciden interrumpir embarazos no planificados. El aborto desde hace siglos genera solidaridad entre mujeres. La sororidad en el aborto genera un efecto multiplicador: mujeres que abortan suelen acompañar y transmitir su experiencia a otras mujeres.

El silencio respecto del aborto vivido por temor a ser juzgadas o sancionadas, que testimonian varias de las entrevistadas, corrobora también la vigencia del aborto como tema tabú en nuestra sociedad. Es posible argumentar que el silencio y la soledad conllevan mayor padecimiento subjetivo a lo largo del proceso. En cambio la posibilidad de dar testimonio y construir una narrativa propia proporciona alivio y mitiga el sufrimiento.

En el proceso de la investigación realizada surgieron hallazgos que enriquecieron el análisis. Analizando los relatos de las entrevistadas se visibilizó que la decisión del acto de abortar no es el único dilema con que se encuentran las mujeres en situación de aborto. Concluido el acto de abortar para muchas mujeres sobreviene otro dilema respecto de los pasos a seguir con el producto del aborto. De los testimonios se desprende que visualizar lo

expulsado puede constituir un momento de sufrimiento subjetivo, pero quizás necesario para algunas personas gestantes. Y es necesario señalar que ha surgido en el proceso de la investigación la importancia de realizar ritos funerarios para algunas mujeres. Estos rituales permitieron elaborar y simbolizar la pérdida experimentada.

Otro elemento inesperado fue el pedido realizado por algunas mujeres de la ecografía realizada al momento de la consulta (en algunos casos había transcurrido más de uno o dos años). De acuerdo a lo expresado por las entrevistadas se interpretó este hecho como parte del proceso de inscripción y elaboración del acontecimiento vivido. Vemos, entonces, la importancia de la conservación de los registros materiales y estudios realizados en el proceso de aborto. Además es un derecho de los/as pacientes poseer sus estudios en el caso de necesitarlos. Estos hallazgos pueden constituir futuras líneas de investigación que aporten mayor claridad al proceso.

Esta investigación ha intentado dar cuenta de los efectos subjetivos y las significaciones que circulan y bordean el proceso de IVE en un contexto de legalidad restringida con posibilidad de acceso al sistema estatal de salud a través de los equipos ILE. El dispositivo de equipo ILE en un efector estatal garantiza que el proceso será legal, seguro y gratuito. El acompañamiento profesional de un equipo de salud capacitado y accesible para alojar las vivencias singulares de cada mujer es un elemento que genera condiciones de alivio subjetivo en todo el proceso. Se evidenció que la claridad en la manera de comunicar y el espacio de orientación y escucha propios del dispositivo disminuyen los grados de padecimiento psíquico. En cambio, el maltrato institucional, la desinformación y abandono de las usuarias en situación de aborto generan un gran sufrimiento.

El campo de los derechos humanos y la bioética indican que las mujeres en situación de embarazo no deseado deben recibir una atención digna, humanizada y de calidad. A pesar de estar avalados por los marcos normativos mencionados en los capítulos previos, el trabajo de los equipos ILE en muchas instituciones permanece aún en la clandestinidad dependiendo de las voluntad de los/as responsables a cargo y de la iniciativa de profesionales comprometidos/as con la temática. La realidad de estos equipos varía además

a lo largo y ancho del país. Esto implica que lamentablemente muchas mujeres aun no accedan a estos espacios.

Los/as profesionales de la salud en sus diversas inserciones profesionales (asistencia, promoción, prevención, investigación, etc.) debemos abandonar la observación pasiva ante la problemática y ser parte de las soluciones y abordajes posibles del problema. El panorama es favorable ya que en los últimos años se han multiplicado en todo el país los equipos formados en esta temática. Es necesario destacar que aun en el contexto de pandemia a causa de COVID-19 en 2020 se continuó atendiendo a mujeres en situación de aborto. A pesar de todas las dificultades y reorganización del sistema de salud a causa de la pandemia, las situaciones de ILE se continuaron considerando prioritarias para la atención en salud.

El rol de los /as profesionales de la salud mental en los equipos ILE es sumamente valioso. Es necesaria una escucha atenta, poder soportar y alojar los diversos sentimientos y vivencias que surjan a lo largo de todo el proceso. Desde el campo de la salud mental podemos intervenir abriendo un tiempo de pausa, de reflexión, que acompañe a elaborar lo vivido. Se pudo corroborar por el testimonio de nuestras entrevistadas que las Consejerías o equipos ILE, además de garantizar el derecho al aborto constituyen un sostén afectivo relevante desde donde se puede resignificar lo vivido a través de la palabra y construir un relato de la experiencia.

Reflexionar acerca de subjetividades implica hablar de diversidad. Los discursos anti derechos sostienen postulados que anulan lo diverso, con parámetros acerca de lo “normal”, lo “único” e “universal”. Desde esta perspectiva mujer y madre, se configuran como un solo elemento coagulado. El pensamiento complejo que da lugar a la diversidad nos muestra la riqueza de las infinitas posibilidades de construcción de subjetividad donde tienen lugar los deseos y la libertad de elegir. La posibilidad del aborto sustrae a las mujeres del mandato social de la maternidad y convierte la maternidad en una opción entre otras posibles.

Será necesario un largo proceso de deconstrucción histórico-social de los patrones culturales que han justificado la desigualdad y subordinación de la mujer para poder construir otro tipo de relaciones más equitativas entre hombres y mujeres. La IVE es un paso más del proceso de deconstrucción del

modo hegemónico de subjetividad femenina trazado en la modernidad y visibiliza otros modos posibles que fracturan la ecuación mujer=madre. La práctica voluntaria del aborto implica un ejercicio emancipatorio de las mujeres y personas gestantes.

El patriarcado ha construido una narrativa androcéntrica de la reproducción que invisibiliza el **poder** gestante de las mujeres (Nayla Vaccarezza, 2012). El derecho al aborto pone en juego el **poder** de las mujeres en su asombrosa capacidad de dar vida gestando o no darla. Esto remite a nada menos que el control de la reproducción humana (Rosenberg, 2011). De acuerdo a las narraciones recogidas en la investigación y a la experiencia de trabajo de años en el tema, es posible concluir que nada detiene a una mujer decidida a abortar. Ni las creencias religiosas o morales, ni las dificultades económicas, ni la mirada juzgadora de otros/as, ni las consecuencias de una posible penalización, ni el temor a los riesgos para la salud y la vida. Nada detiene a una mujer decidida. Es necesario continuar el camino de registro de ese tremendo poder que se halla en el/la cuerpo(a) de las mujeres. Tener registro de ese poder que va a contrapartida del poder patriarcal, implica “poder” elegir un cambio de posición social y subjetiva para las mujeres: de víctimas a protagonistas.

La romantización de la maternidad como valor social genera un padecimiento en las mujeres que deciden abortar. Por lo cual se dijo previamente que transitar un aborto no es fácil y tiene costos subjetivos, pero es un camino posible para liberarse de una de las prisiones contemporáneas para las personas gestantes: la maternidad forzada. Los movimientos y transformaciones de esta época pueden poner en circulación nuevas significaciones sobre el aborto, la maternidad y el “ser mujer” no vinculadas con la muerte, la culpa, el miedo o el sometimiento, sino con la autonomía, la responsabilidad, la emancipación y la vida. En la decisión de interrumpir un embarazo inesperado nace un futuro deseado.

Así como se dijo previamente que nada detiene a una mujer decidida abortar. Nada detiene tampoco al movimiento de mujeres. El movimiento feminista indisciplinado, insumiso, rebelde, sigue creciendo, disputa la hegemonía de sentidos y batalla en las instituciones, en las calles y en las conciencias para avanzar en el campo de los derechos. La marea verde

avanza y no retrocede ante los innumerables obstáculos. Al momento de escribir estas palabras se produce en nuestro país un hecho histórico sumamente anhelado por el colectivo de mujeres y por todos/as los actores/as sociales que han combatido tenaz y fervientemente por el avance en el campo de los derechos. A fin de diciembre de 2020, el Congreso Nacional Argentino sancionó la Ley N° 27610 de “Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo” (IVE) y el 15 de enero fue promulgada por el presidente Alberto Fernández. Esta ley debe garantizar acceso gratuito y seguro a un aborto en todo el país, desterrando así la penalización y las practicas clandestinas. La legalización del aborto y su reconocimiento como derecho es de vital importancia para mejorar la calidad de vida de las personas gestantes y para el avance en la equidad de género. Hay mucho escrito ya sobre el sufrimiento psíquico que generan la ilegalidad y clandestinidad del aborto. Sin embargo, la lucha no termina en el campo jurídico y político. Queda mucho camino por recorrer para que las mujeres rompan las cadenas simbólicas del control patriarcal sobre sus cuerpo(a)s. Es un proceso que no culmina con la sanción de una ley. Esta investigación intenta aportar en la construcción de ese camino.

Anexos

La siguiente ficha se utilizaba para consignar datos de las personas que consultaban en la Consejería Sexual y Reproductiva del centro de salud en los años que competen a la investigación (2017-2018)

CESAC 40 - Consejería Salud Sexual y Reproductiva

ENTREVISTA INICIAL

Fecha:

Entrevistador/es:

Datos Personales

Nombre:

FN:

Domicilio:

HC:

Teléfono:

Nacionalidad:

Edad:

Documento:

Escolaridad:

Trabajo:

Acompañada Si No

Paciente del Centro Si No

Está en pareja Si No

¿Cómo se enteró?

Antecedentes ginecológicos

G P C A

Grupo y Factor:

Si tuvo cesárea, la última fue hace más de 6 meses? Sí No

Si tuvo AB provocado qué utilizó?

FUM:

EG por FUM:

EG por ECO:

Utilizaba algún MAC Sí No ¿Cuál?

Intentó interrumpir este embarazo previamente? Sí No ¿Cómo?

Contexto Social

Violencia de Género

¿Tiene quien la acompañe?

SEGUIMIENTO

Fecha:

¿Pudo conseguir las pastillas con facilidad?

¿Dónde?

	Fecha	E. Gestacional	Cant. Pastillas	Intervalo	Vía	Sangrado
1ª serie						Si
						No
2ª serie						Si
						No
3ª serie						Si
						No

- Efectos adversos? (nauseas – diarrea – fiebre – dolor)

- Concurrió a la guardia? Si – No

A cuál?

Porqué?

- Requirió RUE? Sí No

MAC Actual Sí No

¿Cuál?

Comentarios

Sistematización datos Equipo ILE 2017-2018

Los datos obtenidos de las historias clínicas y de la ficha anterior permitieron esbozar un perfil socio-demográfico de las usuarias.

Mes de consulta (se toma como referencia la fecha de la primer consulta)	2017	2018	Total
ene-17	4	8	12
feb-17	5	10	15
mar-17	5	7	12
abr-17	6	12	18
may-17	2	11	13
jun-17	3	9	12
jul-17	6	10	16
ago-17	14	8	22
sep-17	6	8	14
oct-17	8	11	19
nov-17	6	18	24
dic-17	6	5	11
Total	71	117	188

	2017	2018
Total ILE	69	115
Decide continuar embarazo	2	1
Sin embarazo comprobado	0	1
Total	71	117

Edad			
	2017	2018	Total
13	0	1	1
14-16	3	6	9
17-20	15	21	36
21-25	17	19	36
26-30	20	33	53
31-35	14	25	39
36-40	2	9	11
Más de 40	0	3	3
Total	71	117	188

Nacionalidad	2017	2018	Total
Boliviana	42	50	92

Peruana	2	2	4
Argentina	20	57	77
Paraguaya	1	4	5
Polaca	0	1	1
Uruguaya	0	2	2
Chilena	0	1	1
Total	65	117	182

Nivel educativo	2017	2018	Total
Primario incompl	1	2	3
Primario completo	14	26	40
Secundario completo	7	15	22
Terciario completo	0	0	0
Universit. completo	0	4	4
Total	22	47	69

Ocupación	2017	2018	Total
Ama de casa	3	3	6
Empleada	6	12	18
Limpieza	6	2	8
Comercio/cuentapr	1	7	8
Desocupada	0	9	9
Costura	13	13	26
Estudiante	11	26	37
Total	40	72	112

En pareja al momento de la consulta	2017	2018	Total
SI	38	68	106
NO	27	38	65
Total	65	106	171

EG según ECO	2017	2018	Total
1° Trimestre	64	110	174
2° Trimestre	4	2	6
Total	68	112	180

Edad Gestacional al momento de la consulta (EG) x Eco	2017	2018	Total
menos 6 semanas	2	5	7
6 semanas	14	18	32
7 semanas	16	28	44
8 semanas	14	24	38
9 semanas	8	15	23

10 semanas	6	9	15
11 semanas	5	10	15
12 semanas	0	3	3
13 semanas	2	1	3
14 semanas	1	1	2
Total	68	114	182

Intento abortar previo a consultar	2017	2018	Total
SI	7	6	13
NO	44	81	125
Total	51	87	138

Que sucedió en intentos previos de aborto	2017	2018	Total
Uso incorrecto de medicación o poca cantidad	6	5	11
Te de orégano	1	0	1
Quiso comprar pastillas y no pudo	0	1	1
Total	7	6	13

Hijxs	2017	2018	Total
SI	50	82	132
NO	16	30	46
Total	66	112	178

Cantidad de hijxs	2017	2018	Total
1	13	32	45
2	19	24	43
3	9	17	26
4	7	6	13
5	1	2	3
6	0	1	1
Total	49	82	131

Utilizaba MAC	2017	2018	Total
SI	22	59	81
NO	23	43	66
Total	45	102	147

Que MAC utilizaba	2017	2018	Total
Pastillas anticonceptivos	5	16	21

Preservativo	11	36	47
Diu	2	2	4
Inyectable	2	2	4
Total	20	56	76

Abortos voluntarios previos	2017	2018	Total
SI	8	11	19

Cantidad de abortos previos	2017	2018	Total
1	6	8	14
2	2	2	4
4	0	1	1
Total	8	11	

Violencia de genero	2017	2018	Total
SI	20	52	72
NO	36	55	91
Total	56	107	163

Guía de entrevista

Datos personales

Edad:

Barrio de residencia:

Nacionalidad:

Estudios:

Trabajo/Ocupación:

Pareja: Si/NO

Hijo/as:

Convive con:

Diferentes momentos del proceso del proceso de IVE

Relación con otros/as significativos/as durante el proceso

-¿Cómo te sentiste y/o que pensaste en el primer momento al anotiarte del embarazo? ¿Qué edad tenías? ¿En qué momento de tu vida estabas? ¿Estabas en pareja? ¿Qué fue lo primero que hiciste al enterarte del embarazo? ¿Lo hablaste con alguien? ¿Utilizabas MAC?

-¿Cómo viviste el momento de tomar la decisión de abortar? ¿Cuáles fueron los motivos que tuviste en cuenta? ¿Cómo te sentiste al tomar la decisión? ¿Decidiste sola o acompañada? (familia/amigos/as/pareja). ¿Tuviste abortos previos? ¿Viviste situaciones de violencia de género?

-¿Cómo te sentiste y/o que pensaste al momento de realizar la práctica de interrupción del embarazo? ¿Qué momento y que lugar elegiste para realizarlo? ¿Cómo fue la experiencia? ¿Sola o acompañada? ¿Cómo te sentiste física y emocionalmente? ¿Te sirvió la información recibida por el equipo de Ile al momento de realizar la práctica?

-¿Cómo te sentiste/que pensaste en el momento posterior al aborto? ¿Hubo efectos posteriores: emocionales y físicos? ¿Sentiste algún malestar? ¿Tuviste que asistir a una guardia? ¿Cómo evalúas el proceso vivido? ¿Modificaste algún proyecto o surgieron proyectos nuevos luego del aborto?

Vínculo con el efector de salud/equipo Ile

-¿Cómo te enteraste de la consejería/ equipo en salud sexual y reproductiva? ¿Cómo ha sido el vínculo con el equipo y el CeSAC en cada momento del proceso? ¿Te sirvió la orientación e información? ¿Te sentiste acompañada por el equipo? ¿Qué información previa acerca de cómo es el proceso de abortar poseías previamente al encuentro con el equipo de salud?

Atravesamiento de la ilegalidad y clandestinidad del aborto

-¿Qué significa para vos que el aborto sea ilegal en nuestro país? (previa explicación de las causales). ¿Tuvo alguna influencia para vos la cuestión de la legalidad/ilegalidad en el proceso de interrupción del embarazo? ¿Qué opinión

tenías antes de vivir la experiencia propia respecto del aborto? ¿Qué opinión tenes actualmente? ¿Cambio?

Vivencias respecto a la sexualidad (categoría agregada luego de que surgiera el tema en las primeras entrevistadas)

-¿Percibiste cambios en la manera de vivir la sexualidad luego del aborto?

¿Tuviste en algún momento de tu vida educación sexual?

¿Utilizas MAC actualmente? ¿Hubo cambios respecto de la utilización y/o elección de método anticonceptivo luego del aborto?

Final de la entrevista

¿Habías hablado de esta experiencia con alguien?

¿Cómo te sentiste durante la entrevista y luego?



MAESTRIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(A cada entrevistada se le solicito firmar el siguiente consentimiento informado)

Investigación: “La práctica voluntaria del aborto y sus efectos en la subjetividad, en usuarias que se atendieron en el primer nivel de atención en salud de la zona de Bajo Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2017-2018”.

El objetivo de este estudio es: describir y analizar el proceso subjetivo vivenciado por mujeres que practicaron voluntariamente un aborto participando en las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva en los CeSACs de la zona de Bajo Flores durante el periodo 2017-2018.

Esta investigación es llevada a cabo en el marco de la Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

La información a recabar podrá ser de utilidad para conocer el proceso subjetivo vivenciado por mujeres que atravesaron un proceso de aborto voluntario y propiciar condiciones más favorables a la accesibilidad al sistema de salud.

Se espera que los resultados contribuyan a visibilizar y desnaturalizar situaciones de violencia que se instalan en la cotidianeidad de las mujeres, en sus decisiones sobre su vida y su cuerpo y poder contribuir a la planificación e implementación de políticas de salud que incluyan una perspectiva de equidad de género

La identidad del/la entrevistado/a y los datos relativos a la situación analizada serán confidenciales, tanto en los informes de investigación como en caso de que los resultados sean publicados.

El material a analizar será el que se recolecte mediante las entrevistas realizadas a personas que hayan firmado el consentimiento informado.

La participación de los/as entrevistados/as en esta investigación es voluntaria. También es voluntaria la decisión de dar por terminada la entrevista en cualquier momento. Ud. tiene el derecho de formular todas las preguntas que considere necesarias para aclarar sus dudas.

De no querer participar en la entrevista no se lo incluirá en la muestra a entrevistar. Si Ud. decide retirar su autorización para utilizar la información obtenida durante (la reunión, actividad, etc.) será excluido de esta investigación.

Consiento participar de una entrevista, que será grabada. Autorizo la utilización de la información aquí relevada y la que se recabó en la reunión donde participé, a los fines de la investigación planteada.

Estas pautas me han sido propuestas y explicadas por:

.....

Autorizo la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas.

Fecha:...../...../.....

Firma:.....

Aclaración:.....

Ante cualquier consulta comunicarse con el referente investigador: Lic. Marcela Williams. Teléfono: 15-55984935 y/o Comité de Ética en Investigación Hospital Piñero: 4631-1814. Interno Biblioteca.

Bibliografía

- Agamben, G. (2002). *“Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo, Homo sacer III, Pre-textos”*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Aller Atucha, L. M., Pailles, J. (1997) “La práctica del aborto en Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema”. *Revista Ginecol Reprod*, volumen (5), 241-263. Buenos Aires.
- Antonogni, M. (2001) “Alexitimia o la imposibilidad de expresar los afectos”. *Ficha de la cátedra: “Psicosomáticas”*. Buenos Aires: Facultad de Psicología. UBA.
- Bartfay, N. y equipo (2017). *“Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Año 2016.”* Ministerio de Salud. GCBA. Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_caba_2016_dic17_vf_1.pdf.
- Belfort, D. (2015). *“Código Rosa, relatos sobre abortos”*. Buenos Aires: Ediciones La Parte Maldita.
- Berra, A. (2016) “Un proyecto de investigación-acción que involucra la participación de la Psicología en el abordaje de la Interrupción Legal del Embarazo como un problema de Salud Pública, Educación y Justicia”, en *Desarrollos y Contribuciones de la Investigación de las Prácticas de la Psicología a la Salud Pública, Educación y Justicia en Argentina*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Biggs, M. A. & Upadhyay U. D. & otros (2016). “Women’s Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion A Prospective, Longitudinal Cohort Study”. *JAMA Psychiatry*. Volumen (2):169-178. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2592320>.
- Bonazzola, P. (2010) “Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio”, *Dirección General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional*, GCBA. Buenos Aires.
- Burin, M. (1992) “Nuevas perspectivas en salud mental de mujeres”. En Fernández, A. M. (comp.) *“Las mujeres en la imaginación colectiva”*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Bellucci, M. & González Martin, M. & otros (2015). *Documento “Fundamentación”. Ficha de la Cátedra Libre: Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- Carril Berro L. & López Gómez A. (2009) *“Aborto y subjetividad. Un estudio uruguayo”*. En Ponencia, IX Jornadas de actualización del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Argentina.
- Castañeda I. (2007) “Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género”. *Revista Cubana de Salud Pública*. Volumen (33), N°2. La Habana, Cuba.
- Castoriadis, C. (1990). *“El mundo fragmentado”*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- Castorina, A. (1988). *“Representaciones sociales: problemas teóricos y conocimientos infantiles”*. Barcelona: Editorial Gedisa.

- Chaneton J. & Vacarezza N. (2011) *"La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones"*. Buenos Aires: Editorial Marea.
- Chiapella, A. (2001). "Dolor, cáncer estrés y trastornos dermatológicos". *Ficha de la cátedra "Psicosomáticas"*. Buenos Aires: Facultad de Psicología. UBA.
- Chiarelli, J. & otros. (2012). *"Tu derecho a decidir. Mi deber de informar: aborto con misoprostol en atención primaria"*. Buenos Aires: Trabajo inédito.
- Comes, Y. (2003). *"El concepto de accesibilidad: una revisión conceptual"* Doc. Laboris inédito de la investigación UBACyT P077, Directora: Alicia Stolkiner. Buenos Aires: Facultad de Psicología. UBA.
- Cravino, M. C. (2009) *"Vivir en la villa. Relatos, trayectorias y estrategias habitacionales"*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Departamento de Epidemiología. (2008). *"Regiones sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires. Herramientas para la actualización de la Vigilancia y el Análisis de Situación de Salud"*. Ministerio de Salud. GCBA. Recuperado de www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe_de_comunas_y_regiones_sanitarias_2008_0.pdf.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2013). "Información básica, año 2012". DEIS Estadísticas vitales. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>.
- _____. (2014). "Información básica, año 2013". DEIS Estadísticas vitales. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf>.
- _____. (2015). "Información básica. Argentina. Año 2015". DEIS Estadísticas vitales. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>.
- _____. (2016). "Argentina. Año 2016". DEIS Estadísticas vitales. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/indicadores-basicos>.
- _____. (2018). "Información básica, año 2017". DEIS Estadísticas vitales. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Serie5Nro61.pdf>.
- Dirección General de Estadística y Censos. (2011). "Resultados provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 en la Ciudad de Buenos Aires". GCBA. Recuperado de https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/07/resultados_provisionales_censo_2010.pdf.
- _____. (2015) "Encuesta Nacional de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2014". GCBA. Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2018/12/2014.pdf>.
- _____. (2018) "Encuesta Nacional de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2017". GCBA. Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2018/12/2017.pdf>.
- Dosso, D. (2013). "Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires". *Flacso, perspectivas bioéticas*, N°34. 75-93.

- Fariña, J.J.M. (2000). *“Ética. Un horizonte en quiebra”*, Buenos Aires: Ed. Eudeba.
- Faúndes, A & Barzalatto, J. (2011). *“El drama del aborto. En busca de un conceso”*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Fernández, A. M. (1993). *“La mujer de la ilusión”*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- _____. (1997). *“El niño y la tribu”*. Ponencia presentada en el IX Congreso metropolitano de Psicología: *“Niñez y adolescencia hoy. Ética, amor y violencia en la constitución de la subjetividad”*. Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Buenos Aires.
- _____. (1998). *“Instituciones estalladas”*. Buenos Aires: Ed. Eudeba.
- _____. (2017). “Comentario al artículo de Martha Rosenberg: un pensamiento en alerta”. En Meller I. (comp.) *“Psicoanálisis y Género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia”*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Fernández, A.M. & Tajer D. (2006). “Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres”. En Checa S. (comp.) *“Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto”*, Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Fontela, M. (2008). “Patriarcado”. En Gamba, S. (Coord.) *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Buenos Aires: Ed. Biblos.
- Foucault, M. (1987). *“Vigilar y castigar”*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1985). “Duelo y Melancolía”. En Freud, S. *“Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras”* (1914-1916). Tomo XIV Obras Completas. Madrid: Amorrortu Editores.
- _____. (1985). *“El yo y el ello y otras obras”*. (1923-1925). Tomo XIX Obras Completas. Madrid: Amorrortu Editores.
- _____. (1985). *“El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras.”* (1927-1931). Tomo XXI Obras Completas. Madrid: Amorrortu Editores.
- _____. (1985). *“Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras”* (1937-1939) Tomo XXIII Obras Completas. Madrid: Amorrortu Editores.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (Marzo 2018). *“Aborto inseguro: un problema urgente de salud pública”*. Informe N°23. Argentina. Recuperado de <http://www.soberaniasanitaria.org.ar>.
- Galende, E. (2003). *“Psicoanálisis y Salud Mental”*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- _____. (2008). *“Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser”*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Galeotti, G. (2004). *“Historia del aborto”*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Galindo, B. (2007) *“Aborto, Salud y Bienestar”*. Hoja informativa, Grupo de Información en reproducción Elegida, Recuperado de http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/103/abortosalud_bienestar_2007.pdf;sequence=1.
- Grimes, D. (2006). “Unsafe abortion: the preventable pandemic”. *The Lancet*, volume 368, número 9550, pp. 1908-1919.
- Guttmacher Institute. (2012). *“Hechos sobre el aborto inducido en el mundo”*. Guttmacher Institute - World Health Organization. Nueva York. Recuperado de <http://www.guttmacher.org>.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). (2011). *"Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010"*. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135.
- Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires. (1981). *"Manual Informativo de la Ciudad de Buenos Aires"*. Secretaria de Cultura, GCBA, Buenos Aires.
- _____. (2002). *"Cronista Mayor de Buenos Aires. Bajo Flores. Villa 1.11.14"*. Secretaria de Cultura, GCBA, Buenos Aires.
- IPPF Región del Hemisferio Occidental. Iniciativas sanitarias. (2011). *"Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo"*. México. Recuperado de <https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/guia%2520IPPF%2520final.pdf>
- Jaramillo, D. & Tulia, M. (1998). *"La atención integral a la mujer: un compromiso del personal de salud"*. Antioquia, Colombia. Recuperado de <http://guiagenero.mzc.org.es>
- Jodelet, D. (1984). "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría". En Moscovici, S. *"Psicología Social II, Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales"* Barcelona: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1981). *Seminario X "La angustia"*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- _____. (1987). *"Escritos 1"*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
- _____. (1990). *Seminario VII "La ética del psicoanálisis"*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- _____. (2012). *Seminario VI "El deseo y su interpretación"*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Langer, M. (1951). *"Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático"*. Buenos Aires: Ed. Nova.
- Lemus, J. (1998). "Atención primaria de salud y áreas programáticas hospitalarias". *Ficha de la Cátedra de Salud Pública*. Buenos Aires: Facultad de Medicina. Universidad del Salvador. Buenos Aires.
- Levin, I. (2009). "Crisis de angustia, un llamado al Otro". *Revista "Actualidad Psicológica"*, N°372. Buenos Aires.
- Lieberman, D. & Col. (1986). *"Del cuerpo al símbolo"*. Buenos Aires: Editorial Trieb.
- Lipski, N. (2019). *"Efectos subjetivos de la ilegalidad del aborto. Un análisis a partir del debate por el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo"*. (Tesis de Licenciatura). Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- López-Ibor Aliño, J. (2000) *DSM-IV-TR, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"*. España: Ed. Masson.
- Marconi, A; Knopoff, E; Caldumbide, C; Irurzun, A. & Chiarelli, J. (2015). "Gestión de la información en el primer nivel de atención: implementación de un circuito en un centro de salud". *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 6, N° 25, 37-40.
- Maroto Vargas, A. (2009). "El trauma post aborto: Un mito creado por sectores conservadores". En *"Interrupción terapéutica del embarazo: aportes para una reflexión"*. Costa Rica: Ed. Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir.
- Mazzeo, V; Lago, M; Rivero, M. & Zino, N. (2012). ¿Existe relación entre las características socioeconómicas y demográficas de la población y el lugar

donde fija su residencia? Una propuesta de zonificación de la Ciudad de Buenos Aires. En *Población de Buenos Aires*. Vol. 9, N°15, 55-70.

Mc Dougall, J. (1996). *“Teatro de la mente”*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Ministerio de Salud de Nación, Argentina. (2009). *“Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto”*, Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>.

_____. (2010). *“Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación”*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias_25072011.pdf.

_____. (2010). *“Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles”*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guía%20Técnica%20para%20la.pdf>

_____. (2010). *“Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras”*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000688cnt-MAC_Guia_para_un_acceso_sin_barreras-Nueva-edicion.pdf.

_____. (2016). *“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

_____. (2017). *“De la investigación a la acción. Aportes para la reflexión de los equipos que hacen consejerías en salud sexual y reproductiva”*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/De-la-investigacion-a-la-accion.pdf>.

_____. (2019) *“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019”*. Recuperado de <http://portalaps.msgc.gcba/news/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-el-sistema-de-salud-de-la-caba>.

Morín, E. (1997). *“Introducción al pensamiento complejo”*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Moscovici, S. (1984). *“Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales”*. Barcelona: Ed. Paidós.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *“Informe sobre género y salud”*. Recuperado de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=395:informe-oms-sobre-genero-salud&Itemid=297.

_____. (2012). *“Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”*. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/.

_____. (2014). *“Manual de práctica clínica para un aborto seguro”*. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es.

- _____. (2015). *"Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto"*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204374/1/9789243549262_spa.pdf.
- _____. (2018). *"Prevención del aborto peligroso"*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
- OPS-Fusa. (2010). *"Atención Integral de la Salud en la Adolescencia: mejores prácticas en género, etnia y salud"*. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/gdr-bp-argentina-2010-SP.pdf>.
- OPS–OMS. (2003). "Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna". *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington C.D. 139-140. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>.
- Pantelides, E; Mario, S.; Fernández, S.; Manzelli, H.; Gianni, C. & Gaudio, M. (2009). *"Estimación de la magnitud del aborto inducido"*. En Informe preliminar presentado a la Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.
- Peker, L. (2018). *"Putita golosa. Por un feminismo del goce"*. Buenos Aires: Ed. Galerna.
- Pigna, F. (2011). *"Mujeres tenían que ser"*. Buenos Aires: Ed. Planeta.
- Pistani, L. & Ceccato, M. (2014). "Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad". *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. XXV: 363-369.
- Population Report. (1981). *"Interrupción del embarazo: Complicaciones del aborto en los países en desarrollo"*. Serie F, N° 7. USA.
- Ramos, S. & Romero, M. (2013). "La mortalidad materna: salud pública y derechos humanos". *Revista ISALUD*. Universidad ISALUD, Volumen 8 Nro. 36.
- Romero, M; Abalos, E. & Ramos, S. (2013). "La situación de mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5". *Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva*, Hoja informativa 8.
- Rosenberg, M. (2010). *"Sobre el aborto no punible"*. En Congreso de países del Mercosur sobre Bioética y Derechos Humanos-Derecho a la salud. Ministerio de Justicia, Buenos Aires.
- _____. (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: Ed. Paidós.
- Rostagnol, S. (2005). "Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino". *Otras miradas*, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.
- Sanz, S. (2004). *"La mujer y la violencia en la República Argentina"*. Consejo Nacional de la Mujer. Recuperado de <http://artecontraviolenciadegenero.org>.
- Scott, J. (1993). *"El género: una categoría útil para el análisis histórico. De mujer a género"*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Schmukler, B. (1982). "Familia y dominación patriarcal en el capitalismo". En *"Sociedad, subordinación y feminismo"*. Bogotá: Ed. Magdalena Peón.

- Sebastiani, M. (2017). "Aborto legal y Seguro". Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Singh, S. (2006). "Hospital admissions resulting from unsafe abortion: Estimates from 13 developing countries". *The Lancet*, 368 (9550), 1887-92.
- Singh, S. & Remez, L. & otros (2018). "*Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*", Guttmacher Institute. Nueva York. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- SOGIBA. (2008). "*Omisión de registro de causas de muertes maternas en establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*". Estudio institucional. Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de C.A.B.A. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.
- Stolkiner, A. & Otros. (2000). "Reforma del sector salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso". En *La Salud en crisis – Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Ed. Dunken.
- Tajer, D. (2000). "Subjetividades sexuadas contemporáneas. La diversidad posmoderna en tiempos de exclusión". En Meler, I. & Tajer, D. (comp.) "*Psicoanálisis y género. Debates en el Foro*". Buenos Aires: Ed. Lugar.
- _____. (2002). "*Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*". En Encuentro "Políticas Públicas, Equidad en Salud y Género: desafíos para Centroamérica y el Caribe". San José de Costa Rica, Marzo.
- Tajer, D. & Col. (2007). "Ruta crítica de la salud de las mujeres: integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires". *XIV Anuario de investigaciones*. Fac. de Psicología, UBA, ISSN 0329-5885 Tomo I, 251-260.
- Tajer, D. (2009). "*Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*". Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Vacarezza, N. (2012). "Política de los afectos, tecnologías de visualización y usos del terror en los discursos de los grupos contrarios a la legalización del aborto". *Revista electrónica Papeles de Trabajo*, del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín. Año 6, N°10, pp.46-61.
- Varela, C. (2008). "*El análisis institucional en la modernidad tardía. La relación social como intervención institucional*". En 1º Congreso Nacional de Psicología Institucional. Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Agosto.
- Varela, C. (2009). "Antecedentes del estudio sobre las instituciones". *Ficha de la Cátedra de Psicología Social e Institucional*. Buenos Aires: Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Weler, S. & Obando, D. (2019). "*Informe ampliado sobre indicadores en salud sexual y reproductiva. CeSAC 40, Piñero*". Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud. GCBA, Buenos Aires.
- Zaldúa, G. (2000). "*Género y Salud*". Buenos Aires: Ed. Eudeba.
- Zamberlin, N. (2007). "El aborto en la Argentina". *Revista por la Despenalización del aborto*, Nro. 3.
- Zurbriggen, R. & Anzorena, C. (Comp). (2013). "*El aborto como derecho de las mujeres- Otra historia es posible*". Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Buenos Aires: Ed. Herramienta.

Declaraciones, Legislación nacional e internacional

- Ley Básica de Salud (CABA) N° 153. (1999). Recuperado de <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/regulacion/files/Leyes%20de%20a%20CABA/Ley%20153.pdf>
- Ley N° 418 (CABA). "Salud Sexual y Procreación Responsable". (2000). Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley418.pdf>.
- Ley N° 1777 (CABA) "Ley Orgánica de Comunas". (2005). Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=77544&qu.
- Ley Nacional N°25.929 "Parto Humanizado". (2004). Ley N°1777 (CABA) "Ley Orgánica de Comunas". (2005). Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=77544&qu <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Ley Nacional N°26.061 "Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes". (2006). Recuperado de https://casacidn.org.ar/media/uploads/cyclope_old/adjuntos/0_LEY26061.pdf
- Ley Nacional N°26.130 "Anticoncepción Quirúrgica". (2006). Recuperado de http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley_anticon_quirurgica.php.
- Ley Nacional N° 26.150 "Programa Nacional de Educación Sexual". (2006). Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley26150_1.pdf
- Ley Nacional N°26.485 de "Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales". (2009). Recuperado de http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=81169&p_country=ARG&p_count=1329.
- Ley Nacional N°26.529. (2009). "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud". Recuperado de http://www.sssalud.gov.ar/novedades/archivosGSB/documentos/ley_26529_pen.pdf
- Naciones Unidas, "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Civiles y Políticos" (1966), Observación General N° 14, Ginebra, 2000. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>.
- Naciones Unidas, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer". Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979). Ratificada en nuestro país por Ley N° 23.179 del año 1985. Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos-download/100039.pdf>.
- Naciones Unidas, "Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos". Viena, (1993). Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/OHCHR20/Pages/WCHR.aspx>.
- Naciones Unidas, "Población y Desarrollo". IV Conferencia de Naciones Unidas. El Cairo, 1994. Recuperado de http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html.
- Naciones Unidas, "Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer". Beijing, (1995) Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf>.

Organización de Estados Americanos (OEA), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. "Convención de Belem do Pará" (1994). Ratificada por Ley N° 24.632 del año 1996. Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.

Páginas web consultadas

Consejo Nacional de las Mujeres, (www.cnm.gov.ar).

Dirección de la Mujer, GCBA (www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/mujer)

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (www.buenosaires.gob.ar)

Ministerio de Salud de la Nación (www.msal.gob.ar)