

Itinerarios de prácticas y saberes de las mujeres que abortan con Misoprostol

Alejandra Domínguez

Maestría en Ciencias Sociales
25 años



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

**Maestría en Ciencias Sociales
con mención en Políticas Sociales**

Tesis de Maestría

*“Itinerarios de prácticas y saberes de las mujeres
que abortan con Misoprostol”*

Tesista: Lic. Alejandra Domínguez
Directora: Mgter. Patricia Acevedo

Año 2017

Dominguez, Alejandra

Itinerarios de prácticas y saberes de las mujeres que abortan con Misoprostol / Alejandra Dominguez ; dirigido por Patricia Acevedo. - 1a ed . - Córdoba : Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales , 2020.

Libro digital, PDF/A - (Maestría en Ciencias Sociales: 25 años / 3)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-33-1571-2

1. Mujeres. 2. Derechos de la Mujer. 3. Aborto. I. Acevedo, Patricia, dir. II. Título.

CDD 305.42

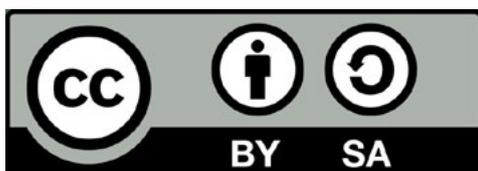
Diseño de tapas: Área de Comunicación - Facultad de Ciencias Sociales

Diagramación y diseño de interiores: Juan Cruz Oliver

Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina, 2020.

Avenida Enrique Barros s/nº (ex Valparaíso). Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

Teléfonos: (351) 4334114 - www.sociales.unc.edu.ar



Autoridades Facultad de Ciencias Sociales

Decana

Mgter. María Inés Peralta

Vicedecana

Mgter. Jacinta Burijovich

Secretaria Académica

Mgter. Patricia Acevedo

Secretaria de Investigación

Dra. María Liliana Córdoba

Secretaria de Posgrado

Dra. Guadalupe Molina

Secretario de Coordinación

Sr. Alejandro González

Secretario Administrativo

Sr. Miguel Ángel Tomaino

Secretaria de Extensión

Mgter. Alejandra Domínguez

Secretaria de Asuntos Estudiantiles

Lic. Erika Giovana

Prosecretaria de Relaciones Internacionales

Dra. María Teresa Piñero

Directora de Concursos

Mgter. Andrea Milesi

Coordinadora de Graduados/as

Lic. María Fernanda Retamar

Directora de la Licenciatura en Trabajo Social

Mgter. Natalia Becerra

Director de la Licenciatura en Ciencia Política

Mgter. Javier Moreira Slepoy

Director de la Licenciatura en Sociología

Lic. Rubén D. Caro

Colección Tesis | Maestría en Ciencias Sociales | 25 años

La colección que inauguramos recoge un conjunto de tesis seleccionadas que fueron defendidas en los últimos diez años de existencia de la carrera y que, a juicio del Comité Académico, representan una muestra expresiva del abanico de preocupaciones cuya indagación se promueve desde la Maestría.

Las investigaciones abordan un repertorio temático de una riqueza significativa, que pone en diálogo políticas estatales, tanto del Estado nacional como de la provincia de Córdoba y procesos sociales más amplios. Desde el análisis de políticas estatales nacionales y provinciales, hasta la reconstrucción de prácticas y representaciones de distintos sujetos; desde el esfuerzo por producir reconstrucciones conceptuales, hasta el análisis de casos, el conjunto de los trabajos está atravesado por un esfuerzo crítico orientado a comprender aspectos del propio tiempo.

Proponiendo una clave de lectura, creemos que una de las notas distintivas de las producciones es la preocupación por iluminar desigualdades e injusticias persistentes y por caracterizar los arreglos institucionales que las sostienen.

Las tesis son elaboraciones individuales, aunque siempre están enmarcadas en procesos colectivos por los que procede el avance del conocimiento. En este caso, junto a las y los 12 tesistas hubo 15 directoras/es y co-directoras/es y 36 integrantes de tribunales de evaluación, una particular comunidad académica que está en la base de las condiciones de publicación de los trabajos. A todas y todos los participantes va nuestro reconocimiento.

Comité Académico Maestría en Ciencias Sociales

Lic. Alberto Parisí Varas (UNC); Dra. Cristina González (UNC); Dra. Silvia Morón (UNC); Dra. Laura Garcés (UNSJ); Dra. Ana Arias (UBA)

Directora Maestría en Ciencias Sociales

Dra. Nora Britos

Agradecimientos

Me encuentro escribiendo los agradecimientos, luego de un largo proceso de trabajo compartido con personas que han sido muy significativas para transitar esta experiencia de escribir una tesis de maestría. Proceso que inicié hace mucho tiempo, aunque la tesis llegue a su fin ahora, el proceso de aproximarme, pensar y reflexionar sobre el aborto tiene ya varios años.

Agradecer a quienes me acompañaron desde los afectos que son muchos y muchas. Muy especialmente, quiero agradecer a mi compañero Adrián y a mis hijos Agustín y Paula, que fueron testigos de las implicancias del trabajo de campo, las necesarias lecturas y posteriormente la escritura; lo que implicó restar tiempo al descanso y a la familia. También agradecer a mi familia de origen: mi padre, madre, y hermanos, con los que compartí algunos relatos y anécdotas cómplices. A Karina, que me dio la posibilidad de olvidarme por un rato de los quehaceres domésticos, y del hogar, sin su apoyo y cuidado, hubiese sido más difícil avanzar.

A mis compañeras y compañeros de SEAP, organización no gubernamental en donde inicié mi interés por este tema y desde donde trabajé con mujeres de sectores de pobreza y profesionales, con quienes compartí preguntas, búsquedas y saberes, espacio que me vinculó a la militancia, el feminismo y me aportó lecturas sobre los sujetos, los escenarios, las prácticas y los saberes.

A los equipos de investigación por donde transité, compañeras/os con los que construí algo más que conocimientos. Refiero especialmente a mis directores Alberto Parisí, María Inés Peralta y Alicia Soldevila, quienes dirigieron esos proyectos que me acercaron a la tarea de investigación.

A mi directora Patricia Acevedo por la paciencia, el ojo crítico, la pregunta oportuna y la insistencia sostenida para que avance y llegue a la meta propuesta, presentando este proyecto.

A los miembros del equipo del Centro Salud involucrado, sin ellas/os no hubiese podido compartir este trabajo que presenta pistas, como un rico desafío que propone seguir profundizando e indagando. A las mujeres que compartieron las vivencias y experiencias en torno al aborto con misoprostol Vero, Brenda, Raquel, Florencia y Cecilia, a otras mujeres que compartieron sus vivencias en torno a otros abortos: Blanca, Claudia, Vivi, Chinina, Mirtina, Mercedes, Mecha y Nilda.

A colegas profesionales con las que comparto la militancia en la búsqueda por hacer efectiva la ampliación de derechos. A la Red de Educación Popular entre

Mujeres de Latinoamérica y el Caribe (REPEM) que facilitó la posibilidad de encontrarme con experiencias Latinoamericanas. A mis compañeras de la academia con las que construimos el Programa de Género de la Secretaría de Extensión, y desde donde trabajamos para crear la Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. A la Campaña Nacional por el derecho al aborto, que sintetiza-expresa, muchas de las luchas colectivas: en particular a María Inés Mazziotti, Mabel Signago, Liliana Vázquez, Gladys Ponte, Marta Alanis Martha Rosenberg, Susana Checa, Nina Brugo, Mabel Busaniche, Maite Rodigou, Graciela Contreras, Dora Colodesky Ana Morillo, María Teresa Bosio, Raquel Drovetta. A la Red de profesionales por el derecho a decidir. A mis compañeras y docentes del doctorado en estudios de Género.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, ¿POLÍTICA PÚBLICA DEL ESTADO?	14
1.1 Estados de bienestar, estados de corte neoliberal	14
1.2 Políticas neoliberales, políticas de corte universales en salud	17
1.3 El sistema de salud en Argentina	19
1.4 Salud para todos en el año 2000: Atención Primaria de Salud	21
1.5 Los derechos sexuales y reproductivos en la arena internacional	22
1.6 Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la reapertura democrática	25
1.7 Las políticas sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en el año 2000	28
1.8 La salud sexual en la provincia y ciudad de Córdoba 1990-2010	30
CAPÍTULO 2: PRÁCTICAS Y SABERES EN TORNO AL ABORTO CON MISOPROS- TOL	33
2.1 Las Prácticas, múltiples maneras de hacer	33
2.2 Acerca de los saberes	37
2.3 Los derechos sexuales y los derechos (no) reproductivos	38
2.4 La historia de una práctica: el aborto	41
2.5 El aborto en la historia occidental	44
2.6 Creencias religiosas y aborto	46
2.7 La profesionalización en salud y el cuerpo de las mujeres	47
2.8 Marco normativo internacional en torno al aborto	49
2.9 El aborto en América latina	52
2.10 El aborto en cifra: en Argentina	53
2.11 Situación legal del aborto en Argentina	55
2.12 El Aborto No Punible	57
2.13 El aborto inseguro un problema de Salud pública	61
2.14 El aborto con misoprostol	62
CAPÍTULO 3: EL RECORRIDO METODOLÓGICO	66
3.1 De las fuentes	67
3.2 De las entrevistas a las mujeres	70
3.3 El territorio y la atención en Salud	71
3.4 Las Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva	73

3.5 ¿Quiénes son las mujeres?	75
3.6 El Contexto de las entrevistas con las mujeres	77
3.7 El lugar de las entrevistas con los profesionales	77
3.8 De Colectivos organizados para atender a un derecho: la práctica del aborto.	79
CAPÍTULO 4: DECIDIMOS SER PARTE DE LA SOLUCIÓN Y NO DEL PROBLEMA	87
4.1 <i>Hicimos un montón de trabajo previo</i>	88
4.2 <i>Vengo por un asesoramiento</i>	91
4.3 <i>Me escuchó la doctora y me dijo cómo iba a ser todo</i>	92
4.4 <i>La contraseña: Asesorar</i>	95
4.5 <i>¿Lo que no se nombra no existe?</i>	97
4.6 <i>¿Esto fue un aborto provocado o fue un aborto espontáneo?</i>	99
4.7 <i>Da un poco de miedo</i>	101
4.8 <i>El equipo está abierto a eso</i>	103
4.9 <i>Somos la puerta de entrada</i>	105
4.10 <i>Como una red</i>	108
CAPÍTULO 5: DE LAS PRÁCTICAS Y SABERES: ITINERARIOS DE LAS MUJERES QUE ABORTAN CON MISOPROSTOL	114
5.1 <i>Un embarazo a esta altura no era lo mejor</i>	115
5.2 <i>No me lo imaginaba</i>	117
5.3 <i>Derecho a decidir sus propias decisiones</i>	118
5.4 <i>Lo sabía desde un inicio</i>	120
5.5 <i>Aguantar hasta el nacimiento</i>	122
5.6 <i>Ella me lo dijo todo</i>	124
5.7 <i>Yo no sabía cómo se cuidaba: de cómo evitar un embarazo</i>	126
5.8 <i>Conseguir las pastillas</i>	128
5.9 <i>Él es médico, de otra especialidad, tampoco sabía nada</i>	130
5.10 <i>El tiempo no pasa nunca</i>	131
5.11 <i>Dios y la Virgen me ayudaron</i>	133
5.12 <i>Tengo mal de Chagas y me da miedo que uno de mis bebés tenga eso...</i>	134
5.13 <i>Se lo conté a 2 amigas: Las mujeres no abortan solas</i>	135
5.14 <i>No quiero que me vuelva a ocurrir</i>	138
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	140
7. BIBLIOGRAFÍA	149

8. ANEXO	156
8.1 Guías de entrevistas	156
Guía de entrevistas a profesionales miembros del equipo de salud	156
Guía de entrevistas a mujeres que se hicieron aborto con misoprostol	158
8.2 Presentación y consentimiento	160

INTRODUCCIÓN

El interés por indagar y conocer sobre la práctica y los saberes de las mujeres que abortan, se remonta a los inicios de mi ejercicio profesional. Realizando mi práctica pre profesional, en el marco de un proyecto de «Compras Comunitarias», a propósito de la crisis hiperinflacionaria de 1989, me encuentro con «Nilda», en el Alto de Villa Inés barrio del noreste de la ciudad de Córdoba, quien solicita saber qué hacer ante un embarazo que no deseaba ni podía continuar. A partir de esa situación me enfrento con tensiones y contradicciones, personales y profesionales, que requerían ser revisadas para pensar la intervención profesional desde un enfoque de salud y derechos.

Sin formación específica sobre el tema, con más prejuicios que conocimientos científicos, trabajé sobre algunos textos sugeridos, mantuve discusiones con el equipo y realicé la intervención supervisada por de un equipo de profesionales, de la Organización No Gubernamental SEAP (Servicio a la Acción Popular).¹

A partir de esa experiencia que develó tensiones y conflictos, de mis creencias religiosas e íntimas, inicié el proceso de conocer, en términos de prácticas y saberes sobre salud sexual y reproductiva, tal como la nombrábamos por entonces, incluyendo allí al aborto.

A lo largo de los 25 años transcurridos desde esa práctica, las feministas y académicas, entre las que me incluyo, avanzamos en definir, conceptualizar las diferentes formas de entender y mirar a los hoy denominamos «derechos sexuales y derechos reproductivos». Al comienzo como control de la natalidad, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, entre los que se encuentra el aborto.

Durante la década del noventa a partir de mi intervención profesional y de los proyectos de investigación de los que fui parte,² me encontré con mujeres de di-

¹ ONG del medio local, en la que había realizado mis prácticas académicas y en la que iniciaba mi trabajo profesional.

² "La feminización de la pobreza" (1996-1997). "Derechos y exclusión: un estudio de caso de niños/as, jóvenes y mujeres en un barrio periférico de la ciudad de Córdoba". (1999-2000) "Educación, inclusión o exclusión social, un estudio de caso en escuelas urbanas marginales", (2001-2002); "Educación, trabajo y proyecto de vida: Expectativas y valoraciones en torno a la relación educación, trabajo y proyecto de vida, en estudiantes del CBU y el Ciclo de Especialización, en sectores de pobreza urbana, en la ciudad de Córdoba", (2003); "Derechos Humanos y Educación en las escuelas municipales de la ciudad de Córdoba", (2004); "Derechos Sexuales y Reproductivos: Agenda de la Investigación sobre reformas de Salud y Mortalidad Materna. Realizado en Argentina, Bolivia, México, Uruguay y Brasil. Directora del caso Argentina", (2002-2004); "La cuestión de la diferencia en las ciencias sociales: género, educación y política", (2008-2009); "Trayectorias laborales y académicas de docentes en la UNC: Brechas de género", (2009-2011); "Violencia de género en la población estudiantil de primero a quinto año de la carrera licenciatura en Trabajo Social", (2010-2011); "La violencia de género en estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba", (2012-2013); "Violencia de

ferentes edades y sectores sociales, que en algún momento acompañaron a otras mujeres o tomaron la decisión de interrumpir un embarazo que no deseaban, podían o querían continuar en ese momento de su vida.

La militancia política y social en el espacio del movimiento de mujeres de Córdoba, en el feminismo nacional y latinoamericano; me llevó a conocer diferentes experiencias y recorridos que realizan las mujeres para llevar adelante la práctica del aborto. Así me acerqué también a fundamentaciones y conceptualizaciones teóricas y políticas sobre el tema.

El proceso de conocimiento sobre aborto, me movilizó en diferentes sentidos a intervenir e investigar en relación al acceso de las mujeres a los derechos sexuales y reproductivos en general y en particular sobre aborto. Los movimientos feministas y de mujeres, seguimos bregando por el derecho a decidir de las mujeres, por nombrar, conceptualizar y reconocer esta práctica de salud en las instituciones de salud pública.

Esta tesis, tuvo como tema de indagación las prácticas y saberes de las mujeres que abortan con misoprostol en el Centro de Salud municipal de barrio X de la ciudad de Córdoba.³ Realicé un estudio de tipo cualitativo que me permitió recoger las prácticas de los profesionales de salud y de las mujeres en torno a este tema.

En el relevo de antecedentes a los que he accedido, no se registran estudios y/o investigaciones, en la ciudad de Córdoba sobre las prácticas y saberes de las mujeres que abortan con misoprostol. Todas y cada una de las interpretaciones que realizo requieren profundizarse con otros estudios.

La presentación está organizada en 5 capítulos y las conclusiones. que se desprenden del trabajo de campo y de reflexión sobre categorías teóricas y analíticas.

En el capítulo 1 retomo los principales rasgos de los Estados de corte neoliberal y las diferencias que se expresan con los Estados de corte bienestaristas, en particular me centro en las formas que adquieren las políticas públicas de salud y de salud sexual y reproductiva. Describo las características de los Estados, el sistema de salud, la atención primaria de salud y el acceso a los hoy llamados «derechos sexuales y derechos reproductivos», conformando el marco político, social y de salud en el que se producen las prácticas del aborto.

género, representaciones y prácticas: Hacia la construcción de un marco interpretativo para analizar la violencia de género", (2014-2015).

³ El trabajo se realizó en un Centro de Salud Municipal de la ciudad de Córdoba, por razones vinculadas a resguardo de quienes allí trabajan me reservo la identificación correspondiente.

En el Capítulo 2 recupero conceptualizaciones que resultan significativas para retomar en un posterior análisis, junto a definiciones que permiten distinguir e interpretar las diversas formas de aborto. Reconstruyo aspectos que hacen a la práctica del aborto a lo largo del tiempo, así como las interpretaciones del artículo 86 del Código Penal Argentino, las guías y protocolos, definidas por el Ministerio de Salud de la Nación en relación al acceso a servicios de atención en aborto. Incluyo datos estadísticos que nos aproximan a otra mirada sobre la problemática, así como los procesos colectivos y organizados de mujeres que dan origen y desarrollan la práctica del aborto con misoprostol desde la sociedad civil.

En el capítulo 3 doy cuenta de las estrategias metodológicas utilizadas en esta tesis, incluyo los objetivos propuestos, las características del estudio, el espacio y el tiempo en el que se desarrolló. Reconstruyo las características de las mujeres que abortan con misoprostol en un centro de salud municipal de un barrio de la periferia de la ciudad de Córdoba. El centro de salud y sus profesionales, son los que me posibilitaron avanzar en esta propuesta de estudio.

En el capítulo 4 tomo como referencia las voces de los/as profesionales que «asesoran» en aborto con misoprostol. Reconstruyo el quehacer del equipo de salud que realiza los asesoramientos en un centro de salud de la ciudad de Córdoba.

Son parte de este capítulo las narrativas del equipo en relación a proporcionar información, realizar diagnóstico de embarazo, escuchar a quien plantea la posibilidad de abortar y acompañar el proceso de acceso a la información del aborto con medicamento.

En el capítulo 5 analizo prácticas y saberes que las mujeres ponen en juego en el desarrollo del aborto con misoprostol. A partir del mismo, identifiqué cinco momentos a analizar en dicha práctica, cada uno de los cuales requiere saberes particulares. Las narrativas de las mujeres en este estudio, nos permiten deducir que lo único que saben con certeza es que: ese embarazo no lo pueden, quieren, continuar; que hay un conocimiento vago sobre la pastilla, su colocación, la dosis, cuándo, dónde y con quién hacerlo.

Las conclusiones finalmente, recuperan los hallazgos más significativos de este estudio, convocándome a profundizar y ampliar en un futuro, aspectos que requieren una próxima visita.

CAPÍTULO 1: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, ¿POLÍTICA PÚBLICA DEL ESTADO?

En este capítulo recupero las características que toman los llamados Estados de *corte neoliberal* y las diferencias que se expresan con los Estados de *corte bienestarristas*, las particularidades que adquieren las políticas públicas, en especial las políticas de salud y dentro de ellas las de salud sexual y reproductiva.

Realizo una breve referencia al sistema de salud en Argentina, así como lo que significa la atención primaria de salud; marco, en el que realizo las intervenciones del equipo de salud.

Retomo las características de las políticas que se desarrollaron durante la década del 2000, con las políticas de corte neoliberal que se hicieron efectivas en la Argentina durante la última dictadura militar y la década del 90. Coloco especial énfasis en las políticas de salud dirigidas a las mujeres, y en particular las vinculadas con la salud sexual y reproductiva.

Un apartado en este capítulo, se detiene a recuperar la presencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos en la arena internacional.

Por último, describo las políticas públicas en relación a la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Córdoba en los últimos 20 años.

1.1 Estados de bienestar, estados de corte neoliberal

En América Latina hemos asistido, a finales del siglo XX, a un proceso de profundización de las políticas neoliberales. El «Estado mínimo», las políticas focalizadas y asistenciales, la concentración de la riqueza en pocas manos, trajo consigo el aumento de la pobreza, indigencia y exclusión; favoreciendo así la profundización de las ya existentes desigualdades e inequidades sociales, políticas y culturales.

Las políticas impuestas por el Consenso de Washington,⁴ caracterizadas por la consabida concepción de estado mínimo: la aplicación de reformas tributarias, tipos de cambio competitivos, liberación del comercio sin protecciones arancelarias, privatización de empresas estatales, desregulación de entidades financieras, privatización y reformas en diferentes sectores del estado; formaron parte del paquete de medidas implementadas, potenciando las políticas neoliberales. Políti-

⁴ Se denomina a un conjunto de medida que conformaron un paquete de reformas aplicadas a los países en crisis, bajo la órbita de instituciones como el Fondo Monetario Internacional, (FMI) el Banco Mundial (BN) y el departamento del tesoro de los Estados Unidos, las mismas propugnaban la liberalización económica, la reducción del estado, expansión de los mercados, estabilización macroeconómica entre otras.

cas regidas por los dictámenes de los organismos multilaterales de crédito, que conformaron un modelo con fuerte desarrollo en la década del 90. (Dominguez A, 2004)

El desarrollo de las políticas de corte neoliberal, mostraron el impacto negativo en ciertos aspectos.

Muchas señales apuntan hacia el agotamiento del reciente ciclo de transformaciones del modelo y del paradigma liberal que lo justificó. Aun cuando se reconocen sus logros en términos de estabilización financiera, democratización del sistema político y modernización del Estado, cada vez se aceptan menos sus resultados poco positivos en materia de crecimiento, generación de oportunidades de trabajo digno, reducción sustancial de la desigualdad, de la pobreza, y de los arriesgados procesos de discriminación de género y otros (Draibe S, Riesco M, 2006: 8).

Diversos estudios muestran los distintos desarrollos de los Estados de bienestar en diferentes países. Se reconoce a Richard Titmuss (1958),⁵ como quien ha elaborado originalmente tipologías, según la participación del mercado, el estado y las familias en la previsión social, estas han constituido una referencia analítica y es el punto de partida que realiza Esping-Andersen a través de «su conocida tipología en las que agrupa los tres régimen de Estados de bienestar característicos de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE): a) régimen liberal... b) el régimen conservador-corporativo ..c) el régimen socialdemócrata». (Draibe S, Riesco M, 2006:16)

Son innegables los aportes realizados a partir de estas tipologías analíticas, para pensar las vinculaciones entre los elementos que conforman las características centrales de los regímenes de bienestar, aunque se hace necesario reconocer las dificultades para ser leídas en claves de regímenes latinoamericanos. Son teorías producidas en Europa para ser aplicadas y/o leídas en diferentes países y requieren por lo tanto revisiones y producciones de nuestros propios procesos latinoamericanos.

En su análisis y teorización en torno a las tipologías de Estado de bienestar Esping-Anders desarrolló en mayor medida las dimensiones del estado y el mercado, no otorgando la necesaria profundidad y vinculación a la dimensión de familia, especialmente al no conferir centralidad en el análisis, a la dimensión de género,

⁵ Citado por Draibe S, Riesco M, 2006.

y con ello a la división sexual del trabajo. Esta omisión, en términos analíticos, reproduce la asignación de roles y mandatos que establece el patriarcado. La crítica feminista a esta teoría consiste justamente en que la invisibilización de las diferencias de género, en el análisis de las tipologías del Estado de bienestar, reproducen y refuerzan los roles asignados a las mujeres y varones.

Por lo tanto, se hace necesario recuperar dimensiones que permitan repensar los regímenes de bienestar en América Latina, tal como plantea Martínez Franzoni «determinar el grado de mercantilización de la fuerza de trabajo que logra cada régimen de bienestar. En América Latina, y a diferencia de Europa y América del Norte, la mercantilización de la fuerza de trabajo está lejos de ser algo dado y constituye más bien un reto.» (Rudra 2005) «...Una segunda dimensión es el grado de desmercantilización del bienestar, es decir, su autonomía en el intercambio mercantil debido a la reasignación de los recursos que realizan las políticas públicas (Esping -Andersen 1990) ...» «... La tercera dimensión es el grado de familiarización del bienestar, es decir, su autonomía entre la disponibilidad de trabajo femenino no remunerado, basado en la división sexual del trabajo. (Orloff, 1993) Y por último está el desempeño del régimen, independientemente del tipo de prácticas, mercantiles o no, a las que se deba». (Martínez Franzoni, 2007: 11,12)

Ante la evidencia del fracaso de las políticas neoliberales en algunos países de la región, a partir de fuertes cuestionamientos en términos políticos, económicos, sociales y culturales, queda manifestado, hacia adelante, la necesidad de revisar y transformar el marco teórico y político en lo referente al diseño de las políticas públicas; con especial mención a las críticas de las organizaciones feministas, para pensar regímenes de bienestar con la sensibilidad intrínseca al género

Gunnar Myrdal desarrolla para Naciones Unidas, principios orientadores elaborando así el estudio sobre la estrategia unificada del desarrollo social y económico, «orientada por cuatro principios: 1) que ningún segmento de la población sea dejado al margen del desarrollo y de las transformaciones. 2) que el crecimiento sea el objetivo de la movilización de amplias capas de la población; y que se asegure su participación en el proceso de desarrollo económico. 3) que la equidad social se considere moralmente importante, y asimismo un elemento crucial para el crecimiento de la eficiencia en el largo plazo. 4) que se confiera alta prioridad al desarrollo de las potencialidades humanas, en especial de los niños, evitando la desnutrición precoz y brindando servicios de salud e igualdad de oportunidades» (Kwon, 2003). (Draibe S, Riesco M, 2006: 12)

Si bien son principios orientadores de una construcción teórica y metodológica, de un enfoque integral y de una propuesta en términos más hipotética que real, tal como lo expresan diferentes autores, este enfoque espera constituirse en orientador de fundamentos que puedan sustentarse en el marco de un nuevo Estado de bienestar.

Será necesario atender al dilema del Estado de bienestar, que plantea la autora «el dilema se manifestaría en la convivencia de políticas sociales de opuestas o contradictorias orientaciones y efectos a saber: I) políticas que, enfatizando la equidad, favorecen la participación de la mujer en el mercado de trabajo en condiciones idealmente iguales a la de hombre. II) Políticas que, enfatizando la diferencia, favorecen la emancipación de la mujer junto a la familia y en el desempeño de los cuidados doméstico». (Draibe S, Riesco M, 2006: 38)

Los modelos de estado enmarcan y definen tipos de políticas públicas, así como dan cuenta de las miradas y concepciones de sujetos. El reconocimiento de modelos, de estado inclusivo de las desigualdades de género, permite, si bien aún en términos de diseños, repensar las posibilidades de la construcción en este sentido.

1.2 Políticas neoliberales, políticas de corte universales en salud

Las políticas de corte neoliberal se profundizaron en Argentina y en los países de la región en las últimas décadas del Siglo XX, coincidiendo en nuestro país con el inicio de la dictadura cívico militar.

Las mismas impactaron fuertemente en la población con menores recursos e ingresos, trayendo consigo múltiples expresiones de crisis, que quedaron expuestas con mayor claridad sobre finales de la década del 80 y en el año 2001, momento en el que, con fuertes reclamos sociales y políticos, se plantearon expresiones en torno a las políticas económicas y sociales.

Las políticas de corte neoliberal se caracterizaron por el desarrollo con predominio del esquema financiero por sobre el productivo, desregulación de diversas áreas de la economía, apertura indiscriminada al comercio exterior y financiera, reducción del gasto público, reforma impositiva, apoyo a la inversión extranjera, y tipo de cambio fijado por el mercado; fueron los rasgos distintivos que marcaron el predominio de un modelo político, social y económico. (Lo Vuolo, 1993).

La lógica financiera subordinó el modelo de desarrollo de país, provocando la destrucción del aparato productivo con las consabidas consecuencias sociales

y políticas. Durante la década del 90 el proceso de ajuste estructural impactó en vastos sectores de la población agravando las condiciones de vida de los mismos, con alta precarización laboral, aumento del desempleo, el achicamiento de las prestaciones en materia de políticas sociales y privatización de servicios como los de salud y educación, entre otros.

Durante este proceso de profundización neoliberal, la política social tuvo una tendencia de fuerte focalización, dirigida a los grupos de mayor vulnerabilidad social a través de la provisión de recursos a estos grupos poblacionales.

El diseño de políticas y programas sociales de corte asistencial y focalizado, han caracterizado al estado argentino durante la década de los 90 e inicios del 2000. Las políticas de salud sexual y reproductiva no logran entrar en esa agenda.

En la primera década del presente siglo, a partir de un cambio de rumbo hacia un modelo político, social y económico, basado en la ampliación del reconocimiento de los derechos humanos, se produjo un mayor crecimiento productivo y de inclusión social, se inicia un proceso de formulación de políticas sociales de corte más universalista.

En algunos casos los programas asistenciales implementados, otorgaron a las mujeres, en tanto madres y miembros de familias de sectores de pobreza, la administración de recursos destinados a paliar una crisis de la que no eran responsables. No se las reconoce como sujetos de derecho, por el trabajo que realizan, sino en tanto las «administradoras de los recursos» destinados a atender necesidades de salud, educación o alimentación de los niños y niñas a cargo.

La vinculación entre tipo de Estado y las políticas sociales, es central para comprender las características que adoptaron las políticas de atención de la salud. Las mismas varían según sea la concepción de Estado que prevalece. En el caso de un Estado mínimo, Estado de corte neoliberal, la salud pasa a ser considerada una mercancía, regido el acceso por el mercado, bajo los supuestos criterios de «eficiencia, eficacia y calidad de servicios». En el caso de un Estado de corte bienestarista, en general está presente en el diseño de las políticas la concepción de derechos y la ampliación, que tiende a la universalización de las mismas a toda la población.

1.3 El sistema de salud en Argentina

El análisis de la política de salud en Argentina, no puede prescindir de las características que adoptó el estado a mediados del Siglo XX como manera de comprender y entender el proceso en los últimos 30 años.

Durante la primera mitad del siglo XX y hasta 1945 el sistema sanitario argentino entendía a la salud como una cuestión individual, una multiplicidad de instituciones, entre ellas las de beneficencia, eran quienes daban respuestas puntuales y de corto plazo.

Entre 1945 y 1955 en el contexto de una creciente política económica keynesiana, con un Estado de tipo bienestarista, se instituye que la cobertura sanitaria es una responsabilidad estatal. El Estado es el prestador universal. En este período, se nacionalizan los establecimientos filantrópicos, desplazando a las sociedades de beneficencia; se desarrollaron distintas redes de centros de atención ambulatoria y se llevan a cabo programas que dan atención a problemáticas sanitarias específicas. Con la Constitución Nacional de 1949, se instituye a la salud pública con rango de ministerio. Como consecuencia de ello, se generó una fuerte dependencia del sector salud con el presupuesto central.

Entre 1955 y 1958 la Revolución Libertadora, así se autodenominada la dictadura cívico militar que gobernó a Argentina, realiza una serie de reformas tendientes a transferir a las provincias y municipios las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos del Estado Nacional. La falta de asistencia técnica y financiera adecuada conduce a una descentralización poco exitosa.

A partir de la década del 60 se pueden observar en el sector de salud, una serie de cuestionamientos al monopolio del saber médico, fundamentalmente impulsados por un contexto general de crítica al saber especializado, producto del proceso de secularización propio de las sociedades modernas. (Burijovich J, Pautassi L, 2005).

En 1974 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud con el propósito de conformar un sistema único en el Estado que permitiera de alguna manera asegurar un acceso igualitario a la salud a toda la población. Este proyecto no logró suscitar el interés de las Obras Sociales ni de la mayoría de las provincias, decantando lentamente por un contexto político poco interesado en una prestación universal.

El modelo sanitario argentino surgido en la década del 40' y consolidado en los 70' se encuentra constituido por tres subsistemas: el público, el de la seguridad social y el privado. En la convivencia de estos tres subsistemas, primaron como ca-

racterísticas; «un bajo o nulo nivel de coordinación entre sí, provocando fragmentación, superposición e irracionalidad en el uso de los recursos, es decir una enorme brecha entre estos y los resultados sanitarios obtenidos» (Buriyovich J, Pautassi L, 2005: 18).

El proceso desarrollado durante la dictadura militar, que se inicia en 1976, con una modificación estructural del Estado, sienta las bases de una creciente y programática política neoliberal. En la década de los noventa se reitera la política descentralizadora en un gobierno democrático que profundiza una gran reforma de las estructuras estatales y de la política social.

Las políticas de salud durante la década de los 90 estuvieron marcadas por los procesos de descentralización en salud. Durante el proceso de profundización de políticas neoliberales en Argentina, la política de salud fue parte del proceso de reformas de salud, que tuvieron como centro transformar aspectos vinculados a la atención de la misma, el financiamiento e inequidad del sistema, el origen del incremento de los costos, la ineficiencia en el uso de los recursos, la necesidad de innovación tecnológica y la insatisfacción de los usuarios; fueron algunos de los aspectos que llevaron a dar inicio a los procesos de reformas que en cada provincia tuvieron particularidades diferentes. (Dominguez A, 2004)

En el caso de Córdoba ese proceso fue gradual entre 1987 y 1995, y más acelerado entre 1995 y 1999 en donde las prestaciones básicas, de menor complejidad pasan de manera rápida de la jurisdicción provincial a la municipal consolidándose así el proceso iniciado. «El desarrollo de dichas políticas en el contexto de los '90 impuso la lógica del ajuste fiscal en detrimento de la lógica sanitaria». (Ase I., 2006: 199)

La crisis del 2001 impactó sobre la salud de la población, sumada a las dificultades para la cobertura de este Estado de corte neoliberal, en atender a las múltiples demandas una amplia población empobrecida. El desempleo provocó una reducción de la población con seguridad social. La pérdida de ingresos reales de la población motivó la desafiliación a los seguros voluntarios; al tiempo que aumentó la demanda de servicios públicos, debido a la caída en la cobertura del resto de los sectores. Finalmente, se evidenciaron dificultades en la provisión pública por la crisis fiscal.

Tal como lo mencionáramos anteriormente la organización del sistema salud en Argentina, está conformado por los tres subsistemas.

El subsistema público, es el que provee servicios de salud de manera gratuita a toda la población que lo solicite, a través de una red de hospitales públicos y centros de salud. El subsistema de obras sociales, provinciales, nacionales, el PAMI y el ANSES a través del Fondo Solidario de Redistribución y el Plan Médico Obligatorio. El subsistema privado, integrado por las empresas de medicina prepagas y los aportes particulares.

La concepción de Estado, las definiciones en materia de salud pública y la organización del sistema dan lugar al desarrollo, ampliación o limitaciones de las políticas sanitarias. Los Estados de corte bienestarristas, con un sistema de salud más inclusivo y universal, desarrollan políticas reconocidas como las de atención primaria de salud más ajustadas a los parámetros que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), avanzando así hacia un modelo de promoción de la salud y los derechos. Es necesario reconocer que en el marco de políticas neoliberales se aplica una política focalizada en términos de atención primaria de salud.

1.4 Salud para todos en el año 2000: Atención Primaria de Salud

«Salud para todos en el año 2000», fue la expresión que popularizó, si es posible hablar en esos términos, la OMS en 1978 al proponer como estrategia para esa meta, la Atención Primaria de la Salud (APS). De esta manera se avanza hacia el reconocimiento de la salud como un derecho universal. (Ase I, Burijovich J, 2009).

Durante la década de los 90', en el marco del desarrollo de las políticas neoliberales, con las influencias del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) por medio de asistencia técnica y financiera, se desarrollan normativas sanitarias que redefinen el sentido de la Atención Primaria de la Salud en una dirección restringida, enfocada en determinados grupos, teniendo como centro la focalización para la optimización de recursos escasos, que generalmente no llegan a satisfacer estándares mínimos de calidad. (Ase I, Burijovich J, 2009).

El discurso garantista, se presenta de manera contradictoria, en relación a la salud, entendida ésta como un derecho y los procesos de descentralización de la atención primaria de salud, dirigida y selectiva, renunciando a los principios de universalidad e igualdad de la propuesta original.

Se presenta de manera contradictoria el discurso garantista en relación a la salud, entendida como un derecho y los procesos de descentralización de la atención primaria de salud, dirigida y selectiva, renunciando a los principios de universalidad e igualdad de la propuesta original.

La Organización Mundial de la Salud define a la Atención Primaria de Salud como: «la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad. a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad» (OMS, 2015).

Es necesario señalar en torno a la atención primaria de la salud que la Conferencia de Alma Ata (1978) promueve la participación social en materia de salud; rescate del saber popular y de la participación social como modos alternativos de afrontar los principales problemas que la afectan. La Atención Primaria en Salud, es lo que permite el primer contacto de las personas con dicho sistema. (OMS, 2011)

Si bien se propone como el camino para alcanzar la cobertura universal, asumiendo a la salud como un derecho de todas las personas, el objetivo señalado encuentra una serie de obstáculos que no son menores a la hora de evaluar el impacto objetivo de la misma. Los obstáculos, que se reconocen, van desde la formación de personal, al diseño de políticas adecuadas a la población y los presupuestos en recursos humanos requeridos para el desarrollo de tales políticas.

El trabajo desde la atención primaria centrada en la prevención resulta clave en lo que hace a accesibilidad de información, educación y recursos necesarios para el acceso a derechos.

Con el desarrollo de políticas vinculadas a la atención primaria de salud se dio impulso, en parte, al reconocimiento de los denominados derechos sexuales y reproductivos. Derechos que, a lo largo de la década del 90, fueron reconocidos en el plano de las normativas internacionales, y que aún son una deuda del sistema de salud; el acceso efectivo de toda la población a los derechos sexuales y reproductivos, y en especial, al aborto.

1.5 Los derechos sexuales y reproductivos en la arena internacional

Argentina suscribió acuerdos internacionales que garantizan el acceso a la salud sexual y reproductiva, siendo los mismos partes del impulso que llevaron a la promulgación de normativas específicas. «Los derechos reproductivos fueron incluidos en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán en 1968, en la que se acordó que la planificación familiar era un derecho de las parejas y las familias. Luego fue un asunto central en la Conferencia Internacional de Población llevada a cabo en Bucarest 1974, en la que se resguardó ese derecho de las parejas

y los individuos a decidir el momento para tener o no hijas o hijos y la cantidad» (Brown, J, 2014: 158).

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979), la Conferencia Internacional de Derechos Humanos (1993) realizada en Viena, la Conferencia de Población y desarrollo (CIPD, 1994) realizada en El Cairo, la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer (1995) Beijing, la Cumbre del Milenio (2000), entre otras fueron algunas de las que otorgaron marco para dar impulso al reconocimiento de derechos en materia legislativa.

Dentro del sistema de Naciones Unidas se expresa al decir de Sonia Correa el «complejo de gobernanza global», en el mismo quedan plasmados los acuerdos en materia de derechos entre los gobiernos, la sociedad civil y los fundamentalismos imperantes (Correa, 2003).

Con el desarrollo de políticas de corte neoliberal, durante la década de los 90, se aprobaron normativas internacionales, algunas de las cuales nuestro país suscribió en ese momento y otras debieron esperar otros tiempos políticos e institucionales. El espíritu de algunas de ellas se tradujo en legislaciones provinciales, relacionadas con el reconocimiento de derechos humanos de las mujeres, en especial los vinculados a la salud sexual y reproductiva. A partir de los mismos, en algunas provincias se abrieron programas que tendieron a dar respuesta a la demanda en relación a los derechos sexuales y reproductivos. Estos acuerdos, aunque siempre insuficientes, fueron la base que permitió, junto a la demanda y presión, cada vez más creciente de los movimientos feministas y de mujeres, la conquista de derechos en nuestro país.

A partir de las conferencias y convenciones que dieron lugar a los mencionados instrumentos, se han dado los procesos de revisión⁶ en la que los gobiernos que suscribieron participan, presentando informes sobre los avances y las dificultades que han tenido en relación a los compromisos asumidos. Así mismo la sociedad civil también realiza sus reportes, permitiendo una lectura acerca de una misma realidad desde diferentes espacios y perspectivas teóricas, sociales y políticas, estableciendo nuevos compromisos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, plantea que el derecho a la salud abarca elementos esenciales e interrelacionados, dependiendo de las condiciones prevalecientes en un determinado

⁶ Denominados Cairo más 5, más 10, más 15, o Beijing más 5, más 10, más 15, entre otros procesos de revisiones.

Estado; es en ese marco que plantea la disponibilidad de recursos, para hacer posible el acceso al derecho a la salud. Cada Estado deberá desarrollar programas que atiendan a tal requerimiento, así como contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, aceptables y de calidad para todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: 1) no discriminación 2) accesibilidad física 3) accesibilidad económica 4) acceso a la información. Así mismo expresa que deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, desde el punto de vista científico y de buena calidad (OMS, 2015).

Desde este documento internacional, quedan planteados los principios básicos desde donde se interpretan las características que debe tener el servicio de salud. Características que se reconocen como necesarias para el acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos. Reconocer los derechos de los seres humanos como intrínsecos, inalienables, intransferibles e indivisibles, es imprescindible para el acceso efectivo dentro del sistema de salud.

En 1985, Argentina ratificó por ley la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979). En esta Convención los Estados se comprometen a «asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia» (CEDAW, 1979). Asimismo en el artículo 16 de esa convención, se expresa que los Estados se comprometen a «adoptar medidas que aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en los derechos a elegir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos» (CEDAW, 1979).

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), texto suscripto por 198 países, plantea que los estados deberían aplicar todas las medidas apropiadas para asegurarse, en condiciones de igualdad entre hombre y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que refiere a la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención a la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Reconoce el derecho de las personas y las parejas a decidir si querer o no tener hijos, cuántos

hijos, en qué momento y con qué espaciamento; y a disponer de la información y de los medios para alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. La misma, junto a otro conjunto de convenciones y acuerdos internacionales fue incorporada en la Constitución Nacional Argentina en 1994,⁷ reconociendo de esta manera en la ley máxima, a la salud sexual y reproductiva (CIPD, 1994).

CEDAW y otras convenciones relativas a los derechos de las mujeres, comienzan a ser reconocidas a partir de una serie de legislaciones nacionales, en donde se promovieron la creación de programas y políticas que facilitaron el acceso a los derechos consagrados. Las políticas públicas en materia de salud que tendientes a promover la accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos, debieron esperar 10 años desde la incorporación a la constitución, de las normativas internacionales.

1.6 Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la reapertura democrática

Durante el gobierno de Isabel Martínez de Perón, se sancionó el decreto 659 (1974), que establecía

la prohibición de las actividades destinadas al control de la natalidad y medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos, así como la implementación de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas». (Llovet, J; Ramos, S, 1998). «En 1977 se firmó el decreto 3.938 que contenía los objetivos y Políticas Nacionales de Población, en el que se eliminaban las actividades que promovieran el control de la natalidad (Petracci, M; Pecheny, M, 2007:30).

Los mencionados decretos hacen a la lectura de la situación de la población argentina en ese momento. Durante la última dictadura militar, en nuestro país la tasa de natalidad se encontraba en un proceso de descenso, dando desarrollo a estrategias pronatalistas que sustentaron políticas en el orden de la salud sexual y reproductiva. (Checa, S; Rosenberg, M, 1996) (Brown, 2008:12). Respecto a esta situación, Nina Zamberlin (2009) plantea que el silencio en materia de salud sexual y

⁷ La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o degradantes; la convención sobre los Derechos del Niño. (Constitución de la Nación Argentina, 1994, pág. art 75).

reproductiva desprotegía particularmente a las mujeres. Por un lado, estaban presente restricciones normativas en cuanto a la existencia de prohibiciones en relación a la planificación familiar; situación expresada desde mediados de la década del setenta hasta mediados de los años ochenta y, por otro, la invisibilización de un debate que colocase en el centro de la agenda pública los intereses y derechos de las mujeres respecto de la sexualidad y la reproducción.

El retorno a la democracia encuentra a las mujeres con desprotecciones legales y de políticas públicas, que dificultaban el reconocimiento y la accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos. El ejercer derechos hace a las posibilidades que otorgan las leyes y normas, pero también a la capacidad de reconocimiento y ejercicios de los mismos, que tienen las personas en una determinada situación. Los derechos consagrados en el plano internacional fueron marco para el desarrollo de legislaciones nacionales y locales en la materia.

Durante el gobierno de Dr. Alfonsín en diciembre de 1986, a partir del decreto 2274, se deroga el decreto 659/74 y se levantan las restricciones que habían regido en los servicios públicos de salud y de obras sociales. La prohibición existente de los centros de planificación familiar, impedía a las mujeres acceder a información o métodos anticonceptivos de manera gratuita en los hospitales o centros de salud pública (Petracci, M; Pecheny, M, 2007).

El decreto 2274, postulaba «la realización de las tareas de difusión y asesoramiento necesarias para que el derecho a decidir acerca de su reproducción pueda ser ejercitado por la población con creciente libertad y responsabilidad» (Checa, S; Rosenberg, M, 1996, pág. 73).

La Ciudad de Buenos Aires en el año 1987 pone en marcha, el Programa de Procreación Responsable con el fin de brindar información y asistencia en anti-concepción, el cual sentó un precedente para la creación de programas en otras provincias y en la nación (Petracci, M; Pecheny, M, 2007).

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos adquirieron importancia mundial en los años 80, (Petracci M, 2007). A nuestro país llegan entrados los años 90 cuando a partir del reclamo del reconocimiento de derechos de las organizaciones feministas y de mujeres, se formulan diferentes leyes provinciales y nacionales que permitieron posteriormente el desarrollo de políticas públicas en esa dirección.

En el 1994 se incorporan a la Constitución Nacional tratados y marcos normativos internacionales (art 75 inc. 22). En este mismo proceso de reforma, el Ejecutivo intentó incorporar en el texto de la

Constitución un artículo que garantizara "la vida desde la concepción hasta la muerte natural", que finalmente no fue aceptado por los constituyentes (Petracci, M; Pecheny, M, 2007: 33).

Este hecho tuvo como protagonistas a organizaciones del movimiento feminista y de mujeres que trabajaron desde la argumentación, presión y articulación para evitar dicha incorporación, la que obstaculizaría el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y en especial el aborto.

La Cámara de Diputados de la Nación en 1995, dio media sanción a un proyecto de ley que creaba el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, tendiente a garantizar el derecho a decidir y elegir libre y responsablemente el número de hijos; pero, debido a que la Cámara de Senadores se negó a tratarla en los plazos correspondientes, perdió estado parlamentario en 1997. (Petracci, M; Pecheny, M, 2007) (Ramos S, Romero M, Feijoo, Zimberlan N, CELS CEDES, 2009)

El trabajo sostenido por el reconocimiento de derechos, así como la presión ejercida desde las organizaciones feministas y del movimiento de mujeres, promovieron durante la década del 90, una serie de leyes en términos de salud sexual y reproductiva, que adoptaron diferentes nombres, respondiendo a diferentes concepciones, así como a diferentes procesos de negociación política posible en cada provincia. Así se denominaron de manera indistinta «salud reproductiva», «salud sexual y planificación familiar», «salud sexual y procreación responsable», de esa manera se avanzó hacia el reconocimiento de este derecho en algunas provincias.

Con la promulgación de leyes durante toda la década del 90, en diferentes provincias, se avanzó en lo referido a leyes que dieron lugar a políticas públicas que permitieron la creación de programas, facilitando el acceso a un derecho consagrado en la legislación. Podemos mencionar las leyes en La Pampa (1991), Chaco (1996), Corrientes (1996), Córdoba (1996), Mendoza (1996), Neuquén (1997) Misiones (1998), la Ciudad de Buenos Aires (1988), Jujuy (1999), Chubut (1999), Rio Negro (2000) (Shuster G, García Jurtado M, 2006).

Las leyes y políticas públicas están precedidas y atravesadas por procesos de luchas y conquistas de los movimientos sociales, en este caso del movimiento feminista y de mujeres. De esta manera entendemos los procesos sociales enmarcados en los determinantes histórico-políticos en los que se producen.

Los derechos se conquistan y se defienden, no se adquieren de una vez y para siempre. Así, al menos, lo demuestra la experiencia del movimiento feminista y de mujeres que a lo largo de la historia han diseñado múltiples estrategias de de-

fensa y conquistas de derechos, hay hechos como testigos, que muestran que se avanza y se retrocede, tal como ocurre con el proceso de promulgación y acceso efectivo a lo que establecen las leyes.

1.7 Las políticas sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en el año 2000

Las políticas sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en el comienzo de siglo XXI, se desarrollaron especialmente a partir de la sanción de la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable significando un punto de inflexión en las políticas de salud. La misma se presenta como un derecho universal a la salud sexual y reproductiva, poniendo el énfasis en la mirada de género. Expresando la importancia de «potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativa a su salud sexual y procreación responsable». (Ley Nacional 25.673, 2002) Visibilizando de este modo las desigualdades que impactan en los cuerpos de las mujeres al ejercer los derechos sexuales y derechos reproductivos. En el texto de la ley se propone que se brinde información segura y confiable para la toma de decisiones. El programa prevé la distribución gratuita de métodos anticonceptivos, las instancias de consejerías y capacitación a efectores de la salud. La incorporación de métodos anticonceptivos fue gradual,⁸ es así que, en el año 2007, por Resolución N° 232, el Ministerio de Salud incorporó la Anticoncepción Hormonal de Emergencia.

La mencionada ley define a la «salud sexual y procreación responsable» como el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de la vida; además la procreación responsable es considerada como la posibilidad de decidir cuántas/os hijas/os tener, y los intervalos entre nacimientos. En el art. 2. plantea como objetivos del programa: a) alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, b) disminuir la morbimortalidad materno-infantil, c) prevenir embarazos no deseados, d) promover la salud sexual de los adolescentes; f) garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y reproductiva. El artículo 6º, estipula la transformación del modelo de atención mediante el refuerzo de la calidad y cobertura de los

⁸ Por la puja de sectores antiderechos que presionaban para interponer recursos legales y discursivos que impedían la aplicación de las leyes y programas que hacen efectivo el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, interponiendo recursos legales y discursivos para lograr tal efecto.

servicios, incluyendo la detección temprana de las infecciones de transmisión sexual, VIH/sida, cáncer genital y mamario, así como la prescripción y el suministro de métodos anticonceptivos (MAC) (Ley Nacional 25.673, 2002).

Esta legislación es la que introduce dos aspectos que resultaron puntos de tensión, sostenidos durante largo tiempo; uno de ellos el referido al reconocimiento como sujetos plenos de derechos a los adolescentes, y el otro, relativo a «la objeción de conciencia, no sólo en beneficio de los profesionales de la salud sino también de las instituciones educativas y de salud confesionales.» (Petracci, M; Pecheny, M, 2007: 37). A lo largo de esta década se avanzó en aclarar los alcances de la ley, permitiendo a los y las adolescentes el acceso a los métodos anticonceptivos y estableciendo con mayor claridad el alcance de la objeción de conciencia; aunque aún se sostiene la discusión y el debate sobre esta última.

El derecho a la objeción de conciencia consiste en el derecho a no ser obligado a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo. Este derecho emana de la protección que la Constitución garantiza a la libertad de culto y de conciencia, y a las acciones que no perjudiquen a terceros (Artículos 14, 19 y cc. de la Constitución Nacional) (Alegre M, 2009: 3).

Este aspecto será retomado en análisis posteriores.

Una serie de legislaciones fueron producidas durante la primera década de este siglo, avanzando en el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como parte de los derechos sexuales y reproductivos. En esta línea se ubica la Ley 23.798 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA– (1990), la Ley 25929 sobre derechos de madres, padres e hijos durante el proceso de nacimiento conocida como de «Parto Humanizado» (2004), la Ley Nacional Nº 26130 Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica (2006). (Petracci, M; Pecheny, M, 2007)

El Programa Nacional de Educación Sexual Integral, en el artículo 3 sostiene que son objetivos: b) asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación integral; d) prevenir los problemas con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular (Ley 26150, 2006).

La ley Nacional de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, en el artículo 2 plantea que constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y él o los profesionales de la salud, él o los agentes del seguro de salud y cualquier efector de que se trate los siguientes:

a) asistencia b) trato digno y respetuoso c) intimidad, d) confidencialidad, e) autonomía de la voluntad f) información sanitaria, g) interconsulta médica. (Ley 26529, 2009)

Las leyes mencionadas y otras, se plasman a través de diferentes planes y programas, facilitando el acceso a los derechos, dentro de los cuáles podemos mencionar el Plan Para la Reducción de la Mortalidad Materna,⁹ el Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero, el Protocolo de Aborto no Punible, el Calendario Nacional de Vacunación (incluyendo la vacuna contra el HPV), Programa Remediar (que distribuye MAC), entre otros.

Los mencionados planes y programas implicaron avances en materia de capacitación a recursos humanos, organización y distribución de recursos, mejoramiento de estrategias de atención primaria de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos como forma de asegurar el acceso amplio a los derechos consagrados en términos legislativos.

1.8 La salud sexual en la provincia y ciudad de Córdoba 1990-2010

En la provincia de Córdoba, desde 1987 se inicia un proceso de modificación de la conocida «Ley Rezzónico», (Ley 6222, 1978) en la que se legisla sobre el trabajo de los empleados públicos de la provincia, en el artículo 7 inciso, b y c, prohibía el acceso a los métodos anticonceptivos y la contracepción quirúrgica. Esta situación se mantuvo hasta la aprobación de la Ley 8535 (1996) en la que se crea el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad, y se deroga el mencionado artículo de la Ley 6222.

La mencionada ley fue sancionada en abril de 1996 y vetada por el gobernador Dr. Ramón Bautista Mestre en mayo del mismo año. Quedando vigentes la derogación de los incisos b y c del artículo 7 de la Ley 6222. Los artículos vetados tuvieron que ver con la gratuidad de los estudios, controles y suministros de métodos anticonceptivos, así como la inclusión en el currículo escolar, y el reconocimiento de los métodos anticonceptivos en obras sociales.

En la provincia de Córdoba, en términos legislativos se han planteado adecuaciones a los lineamientos nacionales. La Ley provincial N° 9073 (2002) en la que

⁹ Mortalidad materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Clasificación Internacional de Enfermedades, Manual para la clasificación estadísticas, Internacional de enfermedades, traumáticas y causas de defunción.

se adhiere a la Ley Nacional (25673) de Salud Sexual y Procreación Responsable, define la creación del Programa de Maternidad y Paternidad Responsables, que luego se amplía en la Ley N° 9099 (2003), y que junto a la Ley N° 9344 (2006) de Ligadura Tubaria y Vasectomía son las que plantean adecuaciones, y facilitan el acceso en términos legales. (CoNDeRS, 2008)

En la ciudad de Córdoba la ordenanza 9479 (1996) crea el Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar, en el ámbito de la Secretaría de Salud de la municipalidad de Córdoba. Esta ordenanza se aprueba unos meses después de la ley provincial y es la que hoy se encuentra vigente.

Los centros de salud dependientes de la municipalidad de Córdoba, se ubican dentro del subsistema público y con prestaciones vinculadas a la atención primaria de la salud. En el diseño de los mismos se coloca atención a la promoción, prevención y asistencia, incluida la salud sexual y reproductiva.

Los procesos de disputa por el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva, han estado presentes a lo largo de toda la última década del siglo XX, especialmente en la joven democracia y en la primera década del siglo XXI, requiriendo a las organizaciones de mujeres y feminista insistir con el reconocimiento legal y el acceso efectivo de la misma.

Aprobada la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673), la organización «Mujeres por la Vida», de la ciudad de Córdoba en marzo del 2003, presentó un recurso de amparo para impedir la aplicación del programa en todo el territorio nacional, aludiendo que atenta contra el derecho a la vida y a la salud; y que los métodos anticonceptivos son abortivos. (Petracci, M; Pecheny, M, 2007)

Las Organizaciones de la sociedad civil (Católicas por el Derecho a Decidir, SEAP y CEDHA)¹⁰ se presentaron con la figura de *amicus curiae* (amigos del tribunal), como terceros coadyuvantes, en apoyo a la demanda planteada al Ministerio de Salud de la Nación. La cámara federal falla a favor del Ministerio de Salud de la Nación y con ello se logra la plena vigencia del programa nacional, en todo el territorio argentino.

Las organizaciones «Mujeres por la Vida», «Portal de Belén», auto denominadas «provida»,¹¹ son reconocidas por los movimientos feministas como organiza-

¹⁰ Durante el año 2003 estas organizaciones, sostuvieron el proceso de presión a la justicia y apoyo al Ministerio de Salud de la Nación, aportando argumentos para avanzar hacia un proceso de reconocimiento de derechos.

¹¹ Para mayor análisis revisar Faundes Moran José Manuel "El desarrollo del activismo autodenominado 'Pro-Vida' en Argentina, 1980-2014", en *Revista Mexicana de sociología* 77, un 3 2015 UNAM. México.

ciones «antiderechos» a lo que Faúndez Moran describe y analiza como aquellas provenientes de la pastoral católica y algunas evangélicas. Las mismas realizan *lobby* y presión para impedir el ejercicio de los derechos vinculados especialmente con la sexualidad.

Son las organizaciones «antiderechos», quienes presentaron recursos de amparo para impedir el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, intentando inhabilitar la aplicación del programa de salud sexual y procreación responsable, evitando que el mismo tuviera vigencia en todo el país, situación que se repite al intentar impedir la fabricación y venta de pastillas anticonceptivas de emergencias, conocidas como «las pastillas del día después», en todos los casos estos recursos de amparo en la justicia federal de la provincia de Córdoba fueron denegados.

La conquista, sostenimiento y expansión de los derechos sexuales y reproductivos se vincula con luchas sociales, con acciones impulsadas y sostenidas por las organizaciones y movimientos feministas y de mujeres, no sólo en la provincia sino en todo el país a partir de los procesos de articulación y redes nacionales. Son estos actores colectivos y políticos los que han avanzado en el proceso de instalación en la agenda pública de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

La institucionalización de los derechos sexuales y reproductivos, se efectivizan en el tiempo y para los distintos sectores sociales, luego de complejos procesos de avances y retrocesos en la política pública. La década del 90 será recordada como aquella en la que se dieron fuertes procesos de imposición de políticas de corte neoliberal, sin embargo, fue durante esta década en la que fue posible el reconocimiento en términos normativos de la llamada salud sexual y reproductiva.

En el caso de la provincia de Córdoba, el mayor avance fue la derogación de un artículo en una ley que prohibía y limitaba el acceso a los métodos anticonceptivos, aunque las mujeres cordobesas deberán esperar hasta inicio del 2003, para aspirar al reconocimiento en términos legales y de políticas públicas de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Durante la primera década del siglo XXI en Argentina, quedan expresadas contradicciones en las políticas de salud y acceso a los derechos sexuales y reproductivos, se avanzan en materia legislativa y en desarrollo de políticas públicas en el que se reconocen derechos; no obstante, los obstáculos persisten, especialmente dentro del sistema de salud para la efectiva aplicación de la política pública.

CAPÍTULO 2: PRÁCTICAS Y SABERES EN TORNO AL ABORTO CON MISOPROSTOL

En este capítulo doy cuenta de las conceptualizaciones referidas a prácticas y saberes que permitirán posteriormente realizar una lectura de los relatos que los/as profesionales y las mujeres compartieron, reconociendo los itinerarios de las prácticas puestas en actos al momento de abortar con misoprostol, tal como los saberes que intervinieron en el mismo.

En este mismo capítulo recupero hitos históricos de cómo se reconocen las prácticas del aborto a lo largo del tiempo, datos estadísticos y legislaciones que permiten enmarcar esta problemática del aborto, así como los avances obtenidos en la misma.

Las cifras relacionadas con el aborto en América Latina y en Argentina dan cuenta de la magnitud del problema desde el punto de vista de salud pública, asimismo se recuperan los procesos que permitieron dar lugar a los marcos normativos en relación a la Salud Sexual y Reproductiva y el aborto. Un apartado va destinado a reconocer los procesos organizativos de quienes desarrollan la práctica desde el acompañamiento y apoyo a las mujeres que han decidido abortar.

La influencia de las creencias religiosas, en especial la ligada a la iglesia católica, tiene vinculación con el aborto, de allí la opción por desarrollar un apartado especial en torno a esta relación.

Por último, desarrollo las referencias que permiten precisar qué es el aborto no punible, el aborto inseguro, y el aborto con misoprostol.

2.1 Las Prácticas, múltiples maneras de hacer

Michelle De Certeau y Pierre Bourdieu son los autores con los cuales he trabajado para la conceptualización y comprensión de prácticas y saberes

Las prácticas y saberes de las mujeres en relación al aborto forman parte de las categorías significativas para el análisis de los relatos discursivos que las mujeres proporcionaron. Aquí realizaré una breve referencia conceptual respecto de cómo entiende, De Certeau y Bourdieu a la categoría de prácticas.

Michel De Certeau define a la práctica como «manera de hacer». «Se trata de esbozar una teoría de las prácticas cotidianas para sacar de su rumor a las 'manera de hacer' que mayoritarias en la vida social, a menudo solo figuran a título de

'resistencias' o de inercias en la relación con el desarrollo de la producción socio cultural». (De Certeau, Michel, 2007: 21)

Al decir de De Certeau, indagar sobre las prácticas «Es regresar al problema, ya antiguo, de lo que es un arte o una manera de hacer» (De Certeau, Michel, 2007: 45). Una larga tradición se ha dedicado a precisar formalidades complejas (y para nada simples o «pobres») que pueden dar cuenta de aquellas operaciones. «A través de este sesgo, la "cultura popular" se presenta de un modo diferente, así como toda una literatura llamada "popular": se formula esencialmente en artes de hacer» (...) «esto o aquello, es decir en consumos combinatorios y utilitarios» (De Certeau, Michel, 2007: 45).

Estas prácticas ponen en juego una ratio «popular», una manera de pensar investida de una manera de actuar, un arte de combinar indisociable de un arte de utilizar (De Certeau, Michel, 2007: 45).

Diferentes maneras de marcar socialmente la diferencia producida en un dato a través de una práctica (De Certeau, Michel, 2007: 18).

¿Cuáles son las maneras de actuar de las mujeres que abortan con misoprostol? ¿Hay una única manera de actuar? preguntas que pretenderé explicar a partir del relato discursivo de las mujeres.

Las maneras o artes en el hacer, dejan marcas, huellas que aportan a lo que este autor nos plantea como parte constitutiva de las prácticas: la identidad. «Se entiende como "práctica" lo que es decisivo para la *identidad* de un usuario o un grupo, ya que esta identidad le permite ocupar su sitio en el tejido de relaciones sociales inscriptas en el entorno». (De Certeau M, Giard L, Mayol P, 1999: 8).

Este autor nos plantea que «Las prácticas cotidianas competen a un conjunto extenso, de difícil delimitación que provisoriamente podríamos designar bajo el título de procedimientos. Son esquemas de operaciones y de manipulaciones técnicas» (De Certeau, Michel, 2007: 51).

Al decir de De Certeau, las prácticas organizan instituciones, discursos, lenguajes, espacios. Prácticas en tanto esquemas de operaciones, procedimientos técnicos, que constituyen identidades individuales y grupales, permitiendo de esta manera ocupar un tejido de relaciones sociales.

Cabe al interés de este estudio, recuperar el planteo que hace respecto de que «Una sociedad estaría compuesta de ciertas prácticas desorbitadas, organizadoras de sus instituciones normativas y de otras prácticas, innumerables, que siguen siendo 'menores', siempre presentes ahí, aunque no organizadoras del dis-

curso, y aptas para conservar las primicias o los restos de hipótesis (institucionales, científicas) diferentes para esta sociedad o para otras. Y es en esta múltiple y silenciosa 'reserva' de procedimientos donde las prácticas 'consumidoras' tratarían, con la doble características, señalada por Foucault, con modos a veces minúsculos, a veces mayoritarios, de poder organizar a la vez espacios y lenguajes» (De Certeau, Michel, 2007: 56).

Pierre Bourdieu, plantea las prácticas vinculadas al concepto de habitus, «El mundo práctico que se constituye en relación con el habitus como sistema de estructuras cognitivas y motivadoras es un mundo de fines ya realizados, modos de empleo o procedimientos por seguir, y de objetos dotados de un "caracteres teleológicos permanente" como dice Husserl, herramientas o instituciones. Eso se debe a que las regularidades inherentes a una condición arbitraria (en el sentido de Saussure o de Mauss) tienden a aparecer como necesarias, incluso como naturales, por el hecho de que están en el principio de los esquemas de percepción y de apreciación a través de los cuales son aprendidas» (Bourdieu P, 2007: 87).

Bourdieu refiere al «Habitus como un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin suponer el producto de la acción organizadora de un director de orquesta» (Bourdieu, 1980: 92).

El habitus funcionaria como un principio que genera y organiza prácticas, que estructura la vida de los agentes, que junto al campo permite comprender parte de la complejidad que encierran los recorridos que deben atravesar los agentes en la producción de la práctica.

Para Bourdieu el habitus produce prácticas individuales o colectivas, manteniendo las experiencias pasadas. Liga el concepto de habitus al de campo «un campo está integrado por un conjunto de relaciones históricas objetivadas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder (o de capital) mientras que el habitus alude al conjunto de relaciones históricas "depositadas" en los cuerpos individuales bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción» (Bourdieu P y Wacquant L, 1995, pág. 23). Entendiendo al campo

como un sistema históricamente construido y al habitus como el sistema de relaciones que producen los agentes de las prácticas.

Las explicaciones dadas a partir del habitus y el campo, como formas de explicar, entender y comprender cómo se presentan las configuraciones que los sujetos hacen de lo que les sucede, dejan expresadas las complejidades que encierra el mundo de las prácticas.

Las estructuras objetivas como las subjetivas de los agentes individuales y colectivos son las que orientan las prácticas sociales de los mismos. Son las prácticas sociales las que explican la relación dialéctica entre lo social, el campo hecho cosa, y el habitus hecho cuerpo.

En la concepción de prácticas coexisten el conocimiento, las representaciones y las maneras de actuar, que desarrollan las personas respecto de algo. En ellas se encierran los caminos recorridos para tales o cuales actos, las relaciones y vinculaciones establecidas como cotidianas en esas maneras de hacer.

Podríamos entender la práctica como la adquisición de determinados conocimientos, habilidades, sentires, pensamientos, búsquedas, acciones, mitos, prejuicios, que actúan de manera entrelazada con las condiciones de vida como parte de un mismo hecho y que hacen al desarrollo de un proceso que culmina en un producto o un hecho determinado.

El desarrollo de ese proceso implica recuperar saberes que hacen a las «mil maneras de hacer» de las que nos habla De Certeau. La experiencia me indica que la práctica del aborto recupera conocimientos, habilidades que las mujeres desarrollan de manera diferentes, aunque con puntos de encuentro. ¿Cuáles son las reglas que están presentes en ese ejercicio, en esa manera de hacer? ¿Cuáles son las destrezas adquiridas por las mujeres en el ejercicio de la misma? ¿Qué saben las mujeres en la puesta en acto de esa práctica? Preguntas que requieren recuperar voces que reconstruyan las distintas maneras de hacer.

Las múltiples maneras de hacer que encarnan las mujeres frente a la definición de un embarazo que han decidido interrumpir, hacen a las construcciones sociales y culturales que están entrelazadas con la vida social, política, económica y cultural, reconocerlas como prácticas y re construir esas maneras de hacer permite recuperarlas y visibilizarlas.

Esta puesta en escena deja marcas, que hacen a las prácticas que expresan modos de hacer y actuar en donde conviven encuentros y diferencias entre los

sujetos: Los modos de hacer muestran individualidades, hacen a la forma en que cada uno/a coloca en la escena una determinada práctica.

2.2 Acerca de los saberes

Paulo Freire fue quien, desde la crítica a la concepción bancaria de educación, desarrolla la idea del saber popular «Sólo existe saber en la reinención, en la búsqueda inquieta, impaciente, permanente que los hombres hacen del mundo, con el mundo y con los otros» (Freire, 1987: 58).

La historia de vida de las mujeres nos plantea una permanente re invención, una búsqueda constante en torno a la vida cotidiana, a las relaciones con los hombres, mujeres, con los otros y otras. Los procesos de construcción de los saberes se producen en esa reinención y en la relación con los otros y el mundo.

Paulo Freire plantea que los saberes son elaborados en la vida cotidiana «los saberes hechos de experiencia que son elaborados en la experiencia existencial, en la dialógica de la práctica de vida comunitaria en que se encuentran insertos, en el circuito dialógico "hombres-mujeres-mundo"» (Streck D, 2015: 458).

Sin embargo, respetar los saberes previos de los sujetos, generados en su práctica social –en el diálogo de la subjetividad con la objetividad y en los intercambios conectivos entre las intersubjetividades de los hombres y de las mujeres– no significa la idealización del saber popular por parte del educador, sino, precisamente, en la percepción exigida por el pensar cierto de que no hay estado absoluto de ignorancia o de saber. Todo el mundo sabe alguna cosa del mismo modo que nadie ignora o domina todo el saber. (Streck D, 2015: 458).

Los saberes se construyen en relación con otras y otros. Los diálogos de saberes generados en la puesta en acto de las prácticas cotidianas construyen otros saberes y rediseñan maneras de hacer y de saber.

Paulo Freire habla del saber hecho de experiencia, el que se construye en la práctica, y coloca la tensión entre la ignorancia y el saber. Adelanta a través de este planteo que de alguna manera se trata de colocar en tensión la teoría y la práctica ¿En qué difieren los saberes de las mujeres que deciden el aborto? ¿Las diferencias están dadas por la puesta en acto al realizar una actividad, o en la secuencia de las acciones que culminan con un hecho determinado? Preguntas que nos remiten al relato discursivo de las prácticas que nos comparten.

Las prácticas y los saberes, están «situados»,¹² las concepciones de lo que significa prácticas o saberes hacen a las variaciones culturales, políticas, sociales y económicas. Es el contexto y la historia que se constituye, lo que hace a la transformación de los conocimientos, saberes y prácticas. Son aspectos íntimamente relacionados y constitutivos unos de otros, presentes tanto en las referencias de Bourdieu en el concepto de habitus como en el De Certeau a través de prácticas cotidianas, constitutivas de identidades.

Los saberes constituyen conocimiento, modos de ser, vivir y hacer, se producen y reproducen, se transmiten y sirven como fundamentos en la puesta en acto de las prácticas que construyen los sujetos.

2.3 Los derechos sexuales y los derechos (no) reproductivos¹³

Pensar en derechos sexuales y reproductivos es pensar la sexualidad y la reproducción como un derecho. Esta es una construcción reciente.

En la historia del mundo occidental, las mujeres no han sido consideradas como ciudadanas, al menos como ciudadanas de 'primera', y esto hace a la conformación del contrato social y a la construcción como sujetas de derechos.

En la lucha por el reconocimiento y el ejercicio de los derechos humanos, que tenemos como ciudadanos y ciudadanas, adquiere un lugar especial las reivindicaciones por el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las mujeres.

En los orígenes del siglo XVIII la dimensión civil de la ciudadanía asumió al derecho de la propiedad como su constituyente, los que no tenían propiedad no eran considerados ciudadanos y la dimensión política marginó a los/as indígenas, negros, mujeres y niños. Los derechos ciudadanos se organizaron en torno a la libertad que no todos tenían.

El proceso político, social y cultural en el que se fueron construyendo los derechos ciudadanos les imprimieron características particulares a los derechos de las mujeres y en especial a los derechos a decidir sobre el propio cuerpo.

Sonia Correa, advierte que la construcción conceptual del concepto de derechos sexuales y reproductivos es más bien reciente. Es un concepto que apenas

¹² Conocimientos situados, hace referencia a la postura epistemológica crítica desarrollada por Donna Haraway, en que plantea que todo conocimiento está vinculado estrechamente al contexto y a la subjetividad de quien lo produce. Se debe expresar desde donde se parte, hace al posicionamiento político y ético.

¹³ Retomo para la elaboración de este apartado un artículo de mi autoría, publicado en los Cuadernillos de la Red Nosotras en el Mundo en el año 2003. Artículo titulado "Derechos Sexuales, Derechos reproductivos y Derecho al aborto".

tiene poco más de tres décadas, parece ser que fue «inventado» (construido teóricamente), por una norteamericana feminista llamada Marge Berer, sobre fines de 1970 en el marco de la campaña contra la esterilización forzada, el aborto y el derecho a la contracepción en Estados Unidos, surge esta idea de derechos reproductivos, al principio se hablaba entre las feministas. A mediados de 1984 se realiza una reunión en Ámsterdam, una reunión internacional con organizaciones feministas que darían nacimiento más tarde a la Red Mundial de Derechos Reproductivos, en la misma se utiliza por primera vez de manera más abierta y pública el término derechos reproductivos, «involucrando allí, otros conceptos que se utilizaban hasta ese momento como el de salud de la mujer, la salud integral, el derecho al aborto, derecho a la anticoncepción, entre otros» (Correa, 2003: 16).

A lo largo de la historia se ha trabajado desde diferentes concepciones, con distintos nombres que algunas veces son utilizadas como sinónimos o de manera indistinta, aunque no lo son. Los movimientos feministas y de mujeres han contribuido a la construcción del concepto y las implicancias «derechos sexuales y derechos reproductivos».

En estos modos de nombrar, el concepto más antiguo, es el de control de la natalidad, que remite a la concepción política que adopta un país, de controlar los nacimientos, mediante una política que desaliente o impida que una mujer tenga hijos, o bien generar políticas que aliente a tenerlos. Las políticas pronatalistas (como en Argentina en la década del 70) o antinatalistas (como China), refiere solamente a regular desde las políticas públicas los nacimientos, podríamos decir que realiza un recorte en algún aspecto de lo reproductivo. Las mujeres son consideradas como objetos y no como sujetos capaces de decidir.

En 1989 la OMS en Asamblea definió a la salud reproductiva como: «el completo estado de bienestar físico, mental y social; y no sólo la ausencia de enfermedad o incapacidad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos». En el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo se define que la «Salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura que gocen de plena capacidad de reproducirse y de la libertad de decidir si, cuando y cuan a menudo hacerlo. Implícitamente en esta última condición están los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y accesos a los métodos para regular la fecundidad que sean seguros, eficaces, de fácil alcance y aceptables, y el derecho de acceso a servicio y cuidado de salud apropiados que permitan a la

mujer atravesar con seguridad el período del embarazo y del parto, ofreciendo a las parejas la más alta probabilidad de tener un hijo sano» (CIPD, 1994).

De manera indistinta en algunos espacios e instituciones, se nombra a la planificación familiar como sinónimo de control de la natalidad o salud sexual, circunscribiendo así solo en parte a aspectos referidos a lo reproductivo, a la idea de formar familia y/o como parte de una política de estado.

De manera más recientes se hace referencia a la procreación responsable, remitiendo al hecho de procrear, es decir, sólo a los aspectos reproductivos. En todos los conceptos desarrollados hasta aquí quedan fuera de reconocimientos de derechos los que tiene que ver con «diversidad sexual», «identidad sexual», «sexualidades disidentes», «las sexualidades» y el «aborto».

El ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos se relaciona directamente con la atención de los aspectos relacionados con el cuerpo, el deseo, el placer, la decisión de tener o no hijos, el momento de tenerlos, con quienes tenerlos, y con la posibilidad de decidir interrumpir un embarazo. También requiere atender las situaciones de discriminaciones, de abuso sexual, de violación, de violencia de diferente tipo y modalidad, a atender a mujeres y niños/as en situación de prostitución, a las sexualidades de las personas con capacidades diferentes, con las vivencias de todas las personas. (Campaña por una Convención de los DSy DR, 2002)

Para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos es necesario que se reviertan las condiciones de pobreza y de exclusión que viven miles de mujeres y varones en toda la región, que se transformen las condiciones de tenencia de la tierra, de la vivienda, el acceso al agua, el mejoramiento de las condiciones de vida, ya que todo ello, tiene un especial impacto en los cuerpos y vidas de las mujeres.

Recupero la conceptualización que, sobre derechos sexuales, propone la Campaña por una Convención sobre los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos,¹⁴ con toda la provisoriedad que tiene cualquier definición. Se expresa que

¹⁴ La Campaña es una alianza de organizaciones sociales, redes, grupos y colectivos de mujeres, jóvenes, comunidad LGBTI, indígenas, afrodescendientes, académicas, culturales, feministas, entre otras, de América Latina y el Caribe que desde el año 1999 vienen realizando acciones de sensibilización, formación e incidencia con la finalidad de lograr la aprobación de un instrumento jurídico internacional de reconocimiento, protección y exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos, de carácter vinculante para los Estados. Su actuar político se centra en el Sistema Interamericano de los Derechos Humanos y en la Organización de Estados Americanos-OEA (Campaña por una Convención por los Derecho Sexuales y Derechos Reproductivos, 2016). en ese marco que se construyen las conceptualizaciones de manera colectiva y recuperando el significado que incluyen diferencias etarias, de clase, raza y organizativas de América Latina y el Caribe.

los mismos se encuadran como el conjunto de derechos humanos inalienables que tienen las personas de tomar decisiones libres, sin violencia, sin coacción ni discriminación de ningún tipo, sobre su propia sexualidad; tanto en sus aspectos corporales y relacionales, como en sus aspectos reproductivos y a los derechos reproductivos, aquellos derechos sexuales que implican la libre determinación sobre la propia fertilidad, que incluyen el derecho a no tener hijos y a tenerlos en el número, con el espaciamiento y en el momento que las personas, solas o en pareja así lo decidan, sin ningún tipo de coacción, discriminación ni violencia. (Campaña por una Convención de los DSy DR, 2002)

La heterosexualidad reproductiva funciona como la base sobre la que se levanta el edificio social. El aborto, mirado desde el eje que pone el énfasis en la libertad, opera como bisagra entre los derechos reproductivos y los sexuales al poner en circulación el discurso de los derechos no reproductivos: marcando la separación entre sexualidad y procreación y la identificación y subordinación de la primera a la segunda (Brown, 2008: 291).

Josefina Brown, realiza un aporte significativo que permite leer los derechos sexuales y los reproductivos, que consiste en colocar entre paréntesis (no) reproductivos para poner el acento en la forma de nombrar y desde allí referir al aborto (Brown 2008), manifestando que aún son derechos a conquistar, son un campo de lucha, de construcción sobre los que se ha ido ganando, al menos en términos de visibilización, de construcción social y política, por sobre el que resta hacer efectivos e exigibles los mismos.

2.4 La historia de una práctica: el aborto

La práctica del aborto es una práctica que trasgrede los mandatos sociales, políticos, y culturales que la sociedad patriarcal impone. El «deber ser», señala a la maternidad como el destino insoslayable de las mujeres. A pesar de ello las mujeres han decidido interrumpir embarazos que no desean, quieren o pueden llevar adelante.

La práctica del aborto en casi todos los contextos y en distintos tiempos históricos, ha implicado condena social, moral y jurídica tal como lo plantea Farge «La transgresión se paga con la exclusión o con una violencia a veces mortal» (Farge, 1991: 88).

El tema de la complementariedad funciona tan bien que impone una imagen definitiva de la participación de los espacios, de los tiempos, de la gestión cotidiana, de los rituales entre hombres y mujeres, presenta un mundo equilibrado en que los papeles y las tareas no son ni antagonistas ni concurrentes, la vida social parece organizada alrededor de dos polos aparentemente equivalentes, la autoridad masculina, por un lado, los poderes femeninos por el otro (Farge, 1991: 83).

¿La decisión de no ser madres es parte de ese poder femenino? Llevar adelante el mandato y/o la elección de la maternidad, conlleva en general, el respeto, el reconocimiento y valorización de la sociedad, en cambio el tomar la decisión de no continuar con un embarazo, ubica a las mujeres que así lo hacen en el lugar de lo malo, lo oculto, lo invisible, lo prohibido. Las mujeres elijen ejercer el poder de decidir sobre el propio cuerpo, deciden continuar un embarazo o interrumpirlo. Han sido los contextos sociales, políticos, económicos y culturales los que marcaron las necesidades de promover o limitar la maternidad de parte del Estado. La maternidad se convierte de esta manera en una variable de ajuste según conllevan a la economía, a la política y a los períodos de guerras y post guerras. Los gobiernos a través de los estados a la largo de la historia lo han demostrado con el diseño de políticas pro o antinatalistas, a través de la restricción o ampliación de leyes y políticas públicas que permitan a las mujeres decidir o no con mayores libertades sobre la maternidad.

Más allá de las políticas promovidas en relación a la contracepción y el aborto, las mujeres igual deciden abortar, usar un método anticonceptivo o continuar con un embarazo. Lo hacen en contextos sociales y políticos signados por mayores restricciones o por habilitaciones. A pesar de los riesgos y condenas las mujeres abortan, sin la aprobación y el reconocimiento social que tienen otras prácticas que intervienen sobre la salud y el cuerpo de las mujeres.

Hipócrates decía que «extraer sangre a una mujer embarazada ocasiona con seguridad el aborto». Si bien desde Hipócrates (460-375 a.C.) se conocían instrumentos como dilatadores, espéculos y pinzas que podrían haber sido utilizados para la práctica del aborto, no aparecen en los registros que lo hicieran con los mismos. Se reconocen diversas plantas y pociones o brebajes para provocar el aborto. Estas prácticas junto a los movimientos bruscos, y levantar cosas pesadas siguen siendo parte de los instrumentos o herramientas de uso de las mujeres para concluir con un embarazo (Barrancos, Dora, 1991).

Al iniciarse el siglo XX, hacia más de cien años que la tasa de natalidad venía declinando. Entre 1800 y 1900, el número medio de hijos, de una mujer blanca, se redujo a la mitad, de 7 a 3,5. Los medios que se utilizaron para ello fueron la abstinencia, el coitus interruptus, el aborto, la ducha espermicida, y –ya al final del siglo– el condón o el método Ogino, junto con una motivación suficiente (Duby, Perrot, 1992: 110).

Será a partir de 1920, en el que se propaguen los métodos anticonceptivos conocidos en la época como el condón, algunos químicos, el «coitus interruptus», la prolongación del amamantamiento, o la abstinencia en días fértiles; todos con limitaciones en relación a la efectividad y la autonomía en términos de decisión, la mayoría de ellos dependían del varón.

El desarrollo de los métodos anticonceptivos facilitó el acceso a decisiones que permitieron limitar los embarazos y números de hijos/as. La divulgación de los mismos, favoreció una mayor utilización, no obstante, no todas las mujeres accedían a la misma información ni contaban con los mismos recursos, serían las mujeres de clase media y acomodada las que encontrarían mayores posibilidades de limitar la maternidad. (Barrancos, Dora, 1991)

«El derecho a prorrogar sobre sí mismas en materia de número de hijos fue abiertamente expuesto por aquellos que circulaban en ambientes literarios, naturistas y eugenésicos» (Barrancos, Dora, 1991: 77), delimitando el acceso a otros sectores como los más empobrecidos o trabajadores, que si bien los utilizaban estaban menos difundidos entre ellos.

En la década de 1920 Margaret Sanger en Estados Unidos dio difusión al diafragma, con llegada a mujeres cultas y de «clases acomodadas», se amplían de esta manera métodos cada vez más eficaces y con mayor control de parte de las mujeres. La difusión de los métodos anticonceptivos se realizó a través de las mujeres, las revistas y las/os profesionales, haciendo posible el acceso a mayores oportunidades a decidir sobre sus cuerpos para las mujeres de determinadas clases sociales.

A pesar de la fuerte condena social que han recibido, las mujeres han abortado a lo largo de todos los tiempos, han decidido continuar o no con un embarazo que no deseaban, querían o podían, aunque pusieran en riesgo la salud y la vida. Las mujeres han transgredido al mandato social de la maternidad, incorporando el uso de métodos anticonceptivos o efectuando la práctica del aborto.

2.5 El aborto en la historia occidental

Es el Código de Hammurabi (1728 a.C.) el que plantea, a través de las leyes comprendidas entre la 209 y 212 una serie de posiciones respecto del aborto. «Si un señor le pega a la hija de otro señor provocando que aborte, deberá pagar diez shekels de plata por su feto». En la ley 210 expresa «Si esa mujer muere, el ofensor tendrá que sacrificar a su hija»; en la 211 manifiesta que «Si provocó que la hija de un plebeyo abortara a causa de un golpe que le haya dado, deberá pagar cinco shekels de plata». En la 212 expresa que «Si esa mujer muriera, deberá pagar la mitad de una mina de plata». En la 213 plantea que «Si golpeará a una esclava de un señor y por ese motivo abortara, deberá pagar dos shekels de plata». Y por último en la 214 «Si esa mujer muriera, deberá pagar una tercera parte de una mina de plata» (Código de Hammurabi, 1728).

Estas referencias reconocen a la práctica del aborto y su penalización, muestran que las mujeres morían por aborto, así como que el aborto no tenía la misma valoración y reconocimiento, variaba según la clase social en la que ocurría. Las mujeres no valían lo mismo; las de sectores o estratos más bajos tenían menor valor, a juzgar por la pena o condena que debían pagar. Las negras y esclavas que abortaban a partir de un golpe, y/o se morían a consecuencia de ello, quienes eran responsable pagaban menos por estas mujeres que por las hijas de un «señor».

Tales referencias dejan expuesta la violencia que se ejercía sobre los cuerpos de las mujeres a punto tal de provocar la muerte, violencias por las cuales no recibían ninguna pena quienes la cometían. La condena a las mujeres por decidir sobre sus cuerpos se anteponía a la pena o condena de quienes con sus decisiones les provocaran la muerte.

El dominio que el varón ejercía sobre las mujeres queda expuesto al decir de Garrido «La concepción que domina toda la antigüedad en los pueblos orientales, en Grecia y aún en Roma es *Pars Viscerum Matris*, es decir que el feto es parte del cuerpo de la mujer, y como ella pertenecía al padre, esposo o estado, esto se extendía a su vientre» (Garrido Calderon J, 1995: 31).

Situaciones que se presentaban en los pueblos americanos cuando «Fray Bartolomé de Las Casas describe como los indígenas que habitaban en nuestra isla a la llegada de los españoles, abrumados por el exceso de trabajo y maltrato de los conquistadores, se provocaban el aborto para que las descendencias no llegaran a sufrir las mismas desgracias» (Garrido Calderon J, 1995).

El castigo a la desobediencia de lo naturalmente esperado en las mujeres, el mandato de ser madres, es un signo que ha marcado casi todos los tiempos, es así que las primeras leyes en contra del aborto se remontan al siglo (II d.C.), condenando a las mujeres que lo hicieran o condenando a través del «destierro» a quienes los practicaban, (en general otras mujeres), que una vez más desde el ocultamiento, el silencio y la soledad asistían a la decisión de desobediencia.

Los cuerpos de las mujeres 'interesan' a la ley, porque ellos son el sitio de la reproducción biológica y, por lo tanto, de dilemas legales como las herencias, la ilegitimidad y el adulterio, que se constituyen como formas de control de la sexualidad femenina y producen una segunda ficción 'oficial': todas las mujeres son naturalmente madres (Gil Lozano F, Pita V, Ini M, 2000: 232).

A partir del siglo XVII diferentes países promulgaron leyes que convertían el aborto en ilegal. Es en el siglo XX que se inicia la despenalización¹⁵ bajo ciertas circunstancias. La primera legalización del aborto tuvo lugar en la Unión Soviética en 1920, que luego es penalizado por Stalin en 1936. Islandia en 1935 legaliza el aborto en ciertas circunstancias, luego le siguen otros países como Polonia, Hungría y Bulgaria (1956), y Checoslovaquia (1957), estos últimos países comunistas, lo legalizan como voluntario, en el primer trimestre.

Gran Bretaña despenaliza el aborto en 1967. Suecia despenaliza con causales en 1938, la legalización total se da en 1975. Austria y Francia lo hacen en 1975. Entre 1970 y 1980 el aborto se despenaliza en Canadá y Estados Unidos, además de otros países de Europa. «La debilidad de las mujeres es también justificación de una supuesta irresponsabilidad que les vale, al menos en el siglo XIX, una particular indulgencia ante la justicia.... La idea de que la mujer es una menor que 'merece' por tanto un tratamiento paternal pesa en las deliberaciones, incluso en materia de infanticidio o de aborto, en que las tasas de absolución son muy elevadas. La percepción del cuerpo de las mujeres como fuente de fecundidad interviene quizá también para limitar los castigos que se les infligen, poco forzadas cada vez menos condenadas a muerte, en 1911 una ley suprime esta pena para los crímenes de infanticidio» (Farge, 1991: 92).

¹⁵ Despenalizar significa quitarle la pena a lo que actualmente está penalizado y contemplado como delito, en el caso de argentino el mismo está contemplado en el Código Penal Argentino (Art. 85). Hoy, el código solamente lo permite en los casos que menciona el Art. 86 Legalizar significa diseñar, implementar y monitorear políticas públicas que garanticen su realización efectiva y segura en todos los niveles y subsistemas del sistema de salud. (Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito).

La minorización y el tutelaje sobre las mujeres parece ser una posición sostenida a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas esta concepción ha significado enormes luchas que se han transformado en conquistas que han permitido reconocimiento en términos de sujetos autónomos y de derechos.

2.6 Creencias religiosas y aborto

Las creencias religiosas y el aborto, son parte de una relación existente en las personas que son creyentes, en algunas de las mujeres que abortan esta tensión está presente, así como en los profesionales de la salud, quienes no dan cumplimiento a las disposiciones legales existentes alegando en ocasiones razones vinculadas a las creencias religiosas y/o ideológicas.

El posicionamiento de la iglesia católica en relación al aborto ha variado a lo largo del tiempo, «para la iglesia antigua el aborto era un tema de menor importancia» (CDD, 2005: 35), si bien es considerado un pecado grave no era homicidio, ya que para ubicarlo en esta categoría el feto debía estar hominizado, es decir debía tener movimiento.

El primer apoyo explícito a la hominización inmediata (en el momento de la concepción) se instituye en 1917 en el código del derecho canónico, prescribiendo la ex comunión tanto para la madre como para todos aquellos que participan de un aborto (CDD, 2005: 38).

La iglesia católica no exige a los fieles obediencia absoluta en lo que no es definido dogmáticamente como son las cuestiones de moral sexual. Asimismo «la concepción es mantenida entre los temas sobre los cuales el papa no se declara infalible; es materia de legislación eclesiástica relacionada con la penitencia, por lo tanto, puede ser discutida por los/as católicos/as» (CDD, 2005: 46).

Debe admitirse el pequeño cambio que mostró en 1951 con el papa Pio XI, cuando consagró el método del ritmo, se trataba de muy pocas oportunidades de acto sexual improductivo en el mes. Luego dio otro paso más cuando Pio XII admitió que la píldora podía emplearse con fines terapéuticos, para resolver problemas de infertilidad. Pero, aunque hubo tentativas de actualizar a la iglesia sobre todo a partir del Concilio Vaticano II, no pudo avanzarse más y todas las técnicas y métodos anticoncepcionales quedaron condenados,

con excepción del ritmo y de la abstinencia (Barrancos, Dora, 2007: 254).

A lo largo de la historia de la iglesia católica quedan expresados diferentes posicionamientos que dan muestra de los vaivenes que también se expresan en los feligreses. El pensamiento del culto católico en las políticas de estado, en relación a las sexualidades y los anticonceptivos deja expuestas debilidades en términos de laicidad del Estado.

Dora Barrancos refiere a paradojas que se presentan a lo largo de la historia del siglo XX y lo que va del XXI. Ella dice «mientras las organizaciones internacionales, dedicadas a la cuestión poblacional –una muy destacada era la *population council*, surgida por el apoyo de John Rockefeller– afirmaban la necesidad de limitar los nacimientos debido a la escasez de recursos y a la sobrepoblación que mostraban los denominados países del Tercer Mundo, la retórica de los gobiernos militares era absolutamente favorable al pronatalismo, y las corrientes políticas e ideológicas de izquierda coincidían con este enfoque» (Barrancos, Dora, 2007: 232).

La iglesia y las políticas públicas definidas desde el estado han intervenido sobre las decisiones en los cuerpos de las mujeres, así quedan expresadas las reconstrucciones a lo largo de la historia, definiendo la promoción o restricción de embarazos y nacimientos tal como queda reflejado en este y anteriores apartados.

Las decisiones de las mujeres respecto de sus cuerpos han estado condicionadas y limitadas por definiciones políticas, sociales, eclesiales, ideológicas y culturales, que quedan expuestas en el hacer de los profesionales del sistema de salud, que se convierten en personas claves en los procesos de embarazos, partos y abortos.

2.7 La profesionalización en salud y el cuerpo de las mujeres

En los procesos de profesionalización de atención en los partos, la irrupción del poder médico y la profesionalización de las parteras traen aparejado una serie de tensiones y conflictos que impactan en los cuerpos de las mujeres, y en los lugares asignados a unas y otras.

Cuando las parteras se profesionalizan, fundan la Asociación de profesionales obstétricas en 1902, con Cecilia Grierson como presidenta. Las disputas entre las profesionales asociadas y no asociadas, los lugares y espacios asignados por el poder médico, (con clara posición de clase y género), eran parte de los procesos de atención de partos y abortos. Según registros de la Revista Obstétrica (1903) eran las

parteras no matriculadas llamadas por los médicos «ilegales», quienes realizaban partos y abortos. (Barrancos, Dora, 2007)

Dora Barrancos trae el registro de como las parteras publicaban en los diarios locales durante la década de 1920 avisos clasificados en el que daban cuenta de la realización de partos y abortos, fue un registro en clave, que requiere de interpretación, las mismas colocan en el espacio de lo público una práctica privada y oculta.

Es posible recuperar en los avisos de las parteras actuantes en la década a aquellas que presumiblemente solo se dedican a tareas legítimas. En general sus avisos mencionan sus nombres por entero y no manifiestan reservas en relación a la visibilidad de los domicilios o simplemente, se refieren a la realización de «partos», sin referencia a la situación de «embarazos» (Barrancos, Dora, 1991: 83).

Fue a partir de 1920 cuando se inicia el proceso de mayor divulgación y acceso a los anticonceptivos, pero las mujeres deberán esperar hasta 1960 con la aparición de la «píldora» para estar más tranquilas y seguras, en términos de efectividad y autonomía al momento de decidir los anticonceptivos.

El aborto, como el embarazo y el parto son fundamentalmente cuestión de mujeres, al menos mayoritariamente las mujeres se embarazan, paren o abortan y quienes acompañaban ese proceso también eran mujeres. Hoy se incluyen aquí los varones trans, que si desean pueden embarazarse, parir o abortar.

En cada momento histórico, serían las condiciones políticas, económicas y sociales las que hacen que la condena al aborto sea más o menos explícita, así como la promoción o la limitación de la maternidad. Galeotti afirma que, en la post revolución francesa, será cuando el estado decida que hay que privilegiar la vida del «futuro ciudadano, trabajador, soldado con respecto de la madre quien será castigada con severidad por abortar» (Galeotti, 2004), expresando así la condena a las mujeres que decidieran interrumpir un embarazo.

Podríamos decir que fue a partir de 1920 cuando se inicia el proceso de mayor divulgación y acceso a los anticonceptivos, pero las mujeres deberán esperar hasta 1960 con la aparición de la «píldora» para estar más tranquilas y seguras, en términos de efectividad y autonomía al momento de decidir los anticonceptivos.

En América Latina y en otras partes del mundo las mujeres esclavas abortaron, ellas fueron protagonistas de lo que se dio en llamar la «rebelión» contra la procreación, querían evitar los nacimientos como una forma de impedir o al menos obstaculizar el ineludible destino de la esclavitud.

Las afroamericanas practicaron con ese fin el aborto, el infanticidio y otras estrategias, como las de las esclavas de Buenos Aires que, a fines del siglo XVIII dejaba a sus hijos en el "torno" de la casa de Expósitos con el objeto de liberarlos de la esclavitud (Gil Lozano F, Pita V, Ini M, 2000: 75).

Este registro, es quizás uno de los que nos permite recuperar el aborto como una práctica individual, y colectiva, con un sentido político de las mujeres esclavas que abortan como forma de romper con el sistema de dominación y esclavitud reinante; aunque sabemos los límites que tuvieron este tipo de decisiones.

Será recién avanzado el siglo XX cuando se contará con los marcos legales en diferentes países y a través de acuerdos internacionales, que permitirán abrir posibilidades de reconocimiento de derechos para algunas mujeres y para otras serán partes de los obstáculos que deberán sortear.

2.8 Marco normativo internacional en torno al aborto

El desarrollo de los posicionamientos políticos en relación al reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos, tuvo que ver con el trabajo de movilización política de los movimientos feministas y de mujeres, con la producción teórica y de sentidos que le dio la teoría feminista, aunque en el plano legal y de reconocimientos también tuvo que ver con la agenda de las Naciones Unidas y el desarrollo de las conocidas conferencias internacionales (Girard, 2008) (Petracci, M; Pecheny, M, 2007)

Desde el retorno a la democracia en 1983, Argentina ha manifestado una vocación por la profundización de un Estado pleno de derecho. Muestra de ello, ha sido la incorporación a la Constitución Nacional de numerosos Tratados Internacionales de Derechos Humanos, exponiendo en el plano legislativo una intencionalidad por avanzar en ese aspecto, que luego se traduce en la formulación de legislaciones provinciales y locales que dieron lugar a políticas públicas.

Es necesario destacar la Conferencia de Población y Desarrollo, Cairo 1994 y la de la Mujer de Beijing 1995. La Convención Americana de Derechos Humanos (1969), y el Pacto Internacional sobre Derechos Económico, Sociales y Culturales (Correa, 2003).

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, sus siglas en inglés), 1979 incorporada a la Constitución

en 1994, reconoce la salud sexual y reproductiva de las mujeres como derechos humanos. El Protocolo Facultativo ha sido ratificado por Argentina en el año 2007.

Es la Conferencia de Derechos Humanos de Viena (1993), la que expresa que los derechos humanos son inalienables, intransferibles e indivisibles. Ubicando allí los derechos a la salud. En este mismo documento se reconoce a la violencia hacia las mujeres como una violación a los derechos humanos siendo la primera vez que se lo hace en un documento internacional. De esta manera se reconoce en un instrumento internacional, que las mujeres son consideradas sujetos con derechos.

La Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing 1995) expresa «La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia» (NU.CIM Beijing, 1995).

En las citadas conferencias se incorporaron discusiones, concepciones teóricas y políticas construidas por los movimientos feministas y de mujeres de todo el mundo, trasladando una vez más, al ámbito de lo público aspectos que son considerados de la vida privada, haciendo efectivo «lo personal es político».

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) desarrollada en El Cairo, en 1994, Argentina y otros 177 países suscribieron a la misma. En ella «Reconocieron que el aborto inseguro constituye uno de los principales problemas de salud pública, y se comprometieron a disminuir su incidencia a través de la expansión y el mejoramiento de los servicios de planificación familiar. Además, se acordó que cuando el aborto no fuera contrario a la ley debe ser realizado» (Zimberlan, 2007: 3). En el punto 7.24 de la mencionada Conferencia, si bien plantea que los gobiernos deberían ayudar a las mujeres a evitar un aborto, también expresa que deberían proporcionar en todos los casos un trato humanitario y de orientación a las mujeres que han recurrido al aborto.

En el texto de la misma en el artículo 8.25 se plantea la necesidad de no promover el aborto como método de planificación familiar. Reconoce al mismo como un problema de salud pública y «Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante

problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la presentación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo». «En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación o asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos». (CIPD, 1994: 56)

Argentina ratificó la plataforma de la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, donde se convalidó lo expresado en El Cairo. Naciones Unidas de esta manera, instó a los gobiernos a revisar las leyes que penalizan a las mujeres en el caso de realizarse un aborto.

Los acuerdos de El Cairo y Beijing fueron reafirmados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en las reuniones de revisión realizadas en 1999 y 2000, donde una vez más se llamó a

reconocer y encarar el impacto de los abortos inseguros sobre la salud como una gran preocupación de salud pública, reduciendo el número de embarazos no deseados por medio de provisión de consejería, información y servicios de planificación familiar y garantizando que los servicios de salud tengan la capacidad de atender las complicaciones de los abortos inseguros (Naciones Unidas, 1999) (Zimberlan, 2007).

En 1997, el Comité Permanente¹⁶ instituido por la CEDAW, recomendó al gobierno argentino revisar la legislación sobre el aborto, recomendación que fue ignorada durante los años posteriores. En 1998, el presidente Carlos Menem, mediante decreto nacional estableció el 25 de marzo como «Día del niño por nacer». (Petracci, M; Pecheny, M, 2007)

El reconocimiento del problema del aborto como un problema de salud pública, la necesidad de atender a las mujeres que interrumpen un embarazo en servicios de salud adecuados, en los casos de no ser contrarios a la ley, están expresados en diferentes instrumentos internacionales a los que nuestro país ha suscripto, esto debería ser suficiente para que tales servicios fueran posible a lo largo y ancho de nuestro país; no obstante aún es una deuda de nuestra demo-

¹⁶ Este órgano posee facultades para controlar, hacer un seguimiento y evaluar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados parte en el tratado de la CEDAW.

cracia y en especial del sistema de salud para con las mujeres que así lo deciden (Romero M, Ramos S;).

La situación descrita está planteada para todos los países que han suscriptos las mencionadas conferencias, no obstante, se comparte con algunos de ellos las dificultades para su aplicación, impactando en graves problemas de salud pública.

2.9 El aborto en América latina

En Latinoamérica y el Caribe el aborto está despenalizado y se facilita el acceso en Cuba, Puerto Rico, Uruguay y el Distrito Federal de México, en donde lo permiten al solo pedido de la mujer (OMS, 2011). El 62 % de la población mundial vive en 55 países donde el aborto está permitido, sin restricciones cuando las causas son por razones socioeconómicas. El 25 % de la población vive en países con leyes más restrictivas en términos de acceso al aborto, estas leyes se ubican sobre todo en países de América Latina y el Caribe, África y Asia.

La Organización Mundial de la Salud en 1998, expresa que en «Latinoamérica y el Caribe hay más de un aborto inseguro por cada 3 nacidos vivos» (OMS, 2003: 12).

En países desarrollados, donde el aborto es legal y se practica dentro del sistema de salud, la mortalidad materna es menor a un deceso por cada 100 mil abortos realizados. En cambio, en países en vía de desarrollo, donde el aborto es legalmente restringido, se estima que la mortalidad oscila entre 100 y 1000 muertes, por cada 100 mil procedimientos. Esto es debido a las condiciones inadecuadas y a la capacitación insuficiente de las personas que, obligadas por la ilegalidad del aborto, los realizan en la clandestinidad (Velazco Bosa A, Ponce de León R, 2007: 59).

En países en donde el aborto es legal además de reducirse de manera significativa la cifra de los mismos, dado que se acompaña de políticas públicas de educación sexual y anticoncepción, se reducen de manera drástica las muertes maternas por esta causa, y los impactos en la salud física y mental de las mujeres que abortan. Esta reducción obedece a que la práctica del aborto se realiza en el hospital, bajo protocolos y cuidados que la misma requiere. Un claro ejemplo de ello es Uruguay donde, se logró avanzar hacia una drástica disminución de la mortalidad materna. La mortalidad materna por aborto en Uruguay pasó de 37,5 en el período de 2001 a

2005 a 8,1 % entre el año 2011 y 2015,¹⁷ a partir de la aplicación de lo conocido como Iniciativa Sanitaria (2004 Ordenanza 369/04) y de la aprobación de la Ley de Salud Sexual y reproductiva (2012).

2.10 El aborto en cifra: en Argentina

En Argentina se practican entre 486.000 y 522.000 abortos por año (Mario S, Pantelides E, 2009),¹⁸ gran parte de ellos se realizan en condiciones inseguras, mueren aproximadamente 100 mujeres al año.

Según las estadísticas de mortalidad materna del Ministerio de Salud de la Nación, en Argentina en el año 2013 murieron 258 mujeres por razones vinculadas al embarazo, parto y puerperio, 50 mujeres mueren por causas relacionadas al aborto inseguro.¹⁹ En el 2012 la mortalidad materna fue de 283 mujeres, de las cuales 33 fueron por causa del aborto inseguro. En el 2011, fueron 73 las mujeres que mueren por complicaciones de aborto inseguro, 60 en el 2010, 87 mujeres en el 2009. Dos décadas atrás, todos los años morían 100 mujeres por esa causa (Ministerio de Salud de la Nación. DEIS, 2014).

El aborto en Argentina es la primera causa de muerte materna, expresada también como muertes por gestación.²⁰ Las causas directas de mortalidad, es decir, las referidas a complicaciones durante el embarazo ectópico,²¹ los trastornos hipertensivos, la hemorragia anterior y posterior al parto, la obstrucción del canal de parto y la septicemia puerperal, son responsables de más del 80 % de las muertes maternas en los países del tercer mundo.

Las tasas de mortalidad materna, en la última década, han tendido a mantenerse estables con una notoria reducción de muertes por abortos en el año 2012, y

¹⁷ En el año 2004 desde Iniciativas Sanitarias se trabaja en el Hospital Pereira Rosell para disminuir la muerte por aborto inseguro. En el 2008 se aprueba la Ley de Salud Sexual y Reproductiva que contribuye a disminuir las muertes por aborto, y queda comprendido allí la estrategia denominada Iniciativas Sanitarias.

¹⁸ MARIO, Silvia y PANTELIDES, Edith Alejandra. «Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina». Consultado el 29 de mayo de 2013.

¹⁹ Según la OMS «Es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos». Organización Mundial de la Salud (OMS) 1997 "Planificación Familiar Post Aborto: Guía Práctica para gerentes de programas", New Cor. OMS.

²⁰ Mortalidad por gestación, es un concepto utilizado por la Red Nacional por la Salud de la Mujer (Argentina) contraponiéndolo al uso del término «Mortalidad Materna» para referirse a las mujeres que mueren en el proceso de gestación muchas veces por no desear ser madres. Dicho término entonces se refiere a las muertes de las mujeres ocurridas en algún momento del proceso de gestación, parto y puerperio. Fuente Ministerio de Salud de la Nación.

²¹ Embarazo ectópico (o embarazo extrauterino), es en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, especialmente en la trompa de Falopio.

un aumento de las mismas en el año 2013, lo que podría estar indicando complicaciones por aborto inseguro.

La ilegalidad de la práctica genera dificultades en el registro y sub registro de las muertes maternas. La práctica del aborto en condiciones insalubres, hace parte del registro de muertes maternas evitables en algunas situaciones. En este sentido, la sensible disminución de las muertes maternas por abortos inseguros, tal quedan expresada por los registros de las DEIS, en el apartado anterior, podría tener que ver con dos factores. Por un lado, con la existencia desde hace 10 años del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, desde donde se han realizado acciones de prevención y asistencia, aunque aún insuficientes y muy dispares en el territorio nacional, y por el otro lado con las transformaciones producidas en los métodos empleados para practicarse un aborto.

Un indicador de existencia de la práctica del aborto es que desde hace años se mantiene como primera causa de muerte materna. La muerte materna en la Argentina no se condice con otros indicadores de salud reproductiva como la proporción de partos institucionales, la de partos atendidos por personal calificado y la prevalencia de uso de anticonceptivos.

El aborto es la primera causa obstétrica directa²² de mortalidad materna en nueve provincias argentinas (Jujuy, Neuquén, La Rioja, Catamarca, La Pampa, Córdoba, Santiago del Estero, Chubut y Tierra del Fuego) y la segunda causa de mortalidad materna en otras seis provincias (Buenos Aires, Mendoza, San Juan, Santa Cruz, Misiones, Salta). En 15 provincias el aborto se ubica entre la primera y la segunda causa de muerte materna. Es la primera causa de muerte en las provincias más pobres o con mayor vulnerabilidad, quedando reflejadas de esta manera las inequidades sociales y de género. (ADC, Asociación por los Derechos Civiles, 2013) (Romero M, Abalos E, Ramos S.; 2013)

Un estudio realizado en profundidad para 6 provincias argentinas muestra grandes diferencias entre provincias: en el caso de la Ciudad de Buenos Aires la Mortalidad materna era de 14 por 100 mil pero en el caso de Formosa llegaba al 166 por 100 mil, casi 12 veces más alto. Las jóvenes hasta 20 años explican el 23% de las muertes maternas, las mujeres de entre 20 y 34 años, el 53,8% y las mujeres de 35 años o más, el 35% restante. El 26% de las muertes ocurren después de la semana 20 de gestación (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, 2007).

²² Muerte Materna Obstétricas directas es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su atención, la muerte materna obstétrica indirecta es la muerte asociada al embarazo de una mujer con un problema de salud preexistente o de reciente aparición.

Los riesgos de morir o enfermar por aborto son diferentes según sea la provincia en donde se produzca el embarazo, el parto o el puerperio, en más de la mitad de las provincias (13 de 24) superan la media nacional, y cuatro provincias llegan a duplicarla o triplicarla (Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones). Esto muestra las inequidades y desigualdades sociales, culturales y de salud de las mujeres según sea el lugar en el que viven (Romero M, Abalos E, Ramos S.; 2013: 5).

La prohibición del aborto no ha disminuido su práctica, pero sí expone a las mujeres que deciden hacerlo a mayores secuelas en la salud física y mental. (Petracci M P. M., 2012. N 12 diciembre). La condena social, es la que ha mantenido la realización de esta práctica en la clandestinidad, llevando a las mujeres a la práctica del aborto inseguro que provoca la muerte de más de 100 mujeres por año.

El Aborto en Argentina se expresa como un problema de salud, por las razones antes expuestas, así mismo debemos considerarlo como un problema de justicia social.

Las mujeres con mayores recursos recurren a la práctica de un aborto en condiciones de mayor salubridad, disminuyendo las posibilidades de complicaciones; las mujeres más pobres son las que están frente a mayor riesgo, por acceder a un aborto sin aquellas condiciones que al ser de seguridad sanitaria son las condiciones de seguridad necesarias

Las inequidades y desigualdades expresadas entre otros, dentro del sistema de salud, de las que dan cuenta las estadísticas mencionadas, podrían acortarse si transformara la situación legal y se diseñaran políticas que atendieran al acceso al aborto dentro sistema de salud.

2.11 Situación legal del aborto en Argentina

En Argentina en 1886 se sanciona el primer Código Penal y allí se penaliza el aborto en todos los casos. En la reforma de 1921 es donde se establece la no punibilidad bajo algunas circunstancias. Este es el código que actualmente se encuentra vigente y que casi a un siglo de aprobado, aún no se encarna en términos de derechos consagrados.

En Argentina el aborto es legal en determinadas circunstancias, según lo expresa el Código Penal en el artículo 86, dice «el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2º Si el embarazo proviene de una violación

o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.» En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto. (Código Penal Argentino, 1921: 20); (LEY 11.179 - T.O. 1984 actualizado).

A pesar de la existencia, desde hace más de 90 años de este derecho (1921),²³ se presentan obstáculos y límites para que las mujeres accedan al mismo, y en general las que lo han hecho, ha sido mediante la judicialización. Lecturas contradictorias sobre la interpretación de este artículo han jugado en contra del acceso a este derecho conquistado.

Mercedes Carvallo sintetiza que «La inaccesibilidad al aborto no punible está determinada por obstáculos *de iure* y *de facto*. Dentro de los obstáculos *de iure* se encuentran la ambigüedad de la ley, la intervención judicial ilegal previa a la práctica del aborto y la heterogeneidad en las interpretaciones judiciales de la norma cuando se solicitan las autorizaciones. Dentro de los obstáculos *de facto* se encuentran la falta de información jurídica de las y los profesionales de la salud y la mala fe con que algunos profesionales y funcionarios operan» (Cavallo M, 2011: 45).

Resulta necesario destacar que es el Ministerio de Salud de la Nación durante la gestión de Ginés Gonzales García (2003) que plantea «el tema de la mortalidad materna y salud reproductiva como uno de los pilares de la política de salud por seguir en Argentina y también la necesidad de abrir el debate sobre la despenalización como causa de esa alta tasa de mortalidad materna» (Petracci, M; Pecheny, M, 2007: 44).

En nuestro país asistimos a dificultades para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos (no) reproductivos, que incluye el derecho al goce, a la sexualidad plena, a decidir sobre el cuerpo, el querer o no ser madres, el decidir si tener o no tener hijos, la elección voluntaria de con quién realizar ese proceso, la determinación del número y espaciamiento de los hijos, en el caso de optar por la maternidad, y el acceso al aborto en caso de tomar la decisión de interrumpir un embarazo.

²³ «En 1968, como consecuencia de los desacuerdos sobre el alcance de los permisos previsto en él, el decreto ley 17.567» incorporó la demanda de gravedad en el peligro mencionado en el inciso 1 y reformó el inciso 2, eliminando la frase «o un atentado al pudor cometido sobre y una mujer idiota o demente», y requiriendo que se hubiese iniciado la acción judicial por la violación y el requisito de que si «la víctima fuere una menor o una mujer idiota demente» sería necesario «el consentimiento de su representante legal». Estas reformas vigentes durante el gobierno militar que dirigió al país entre 1968 y 1973, fue dejada sin efecto por el gobierno electo en 1973, que revirtió las reformas al Código Penal hechas por la dictadura anterior. «La situación se reiteró en 1976 y quedó sin efecto en 1984». (Ramos, S.; Romero, M.; Feijoo; Zimberlan, N. - CELS CEDES, 2009: 452-453).

A pesar que el aborto es legal²⁴ en determinadas circunstancias desde hace más de 90 años, aspectos ideológicos, políticos y culturales han impedido el acceso al mismo. Las mujeres prácticamente no acceden a la práctica sin previa judicialización. Los abortos no punibles han sido prácticamente inexistentes en el sistema de salud. Será luego del Fallo FAL s/medida autosatisfactivas lo que permitirá iniciar un proceso de mayor comprensión e interpretación de lo expresado en el Código Penal Argentino.

Será recién bien entrado el siglo XX, el que muestre la organización colectiva de las mujeres en lucha por el derecho a decidir sobre el cuerpo. Luchas que se expresan por hacer efectivo el acceso de las mujeres a lo denominado como aborto legal, aborto no punible.

2.12 El Aborto No Punible

En el año 2005 con Res. 989/2005, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó la «Guía para el Mejoramiento de la Atención Postaborto», en el marco de contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna, ya que el aborto es un grave problema de salud pública. En el año 2007 se presenta la «Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punible». Esta guía reconoce los cuatro casos de abortos no punibles (ANP): cuando hay peligro de vida para la madre; cuando hay peligro para la salud de la mujer, cuando el embarazo proviene de una violación; cuando el embarazo proviene de un atentado sobre una mujer idiota o demente. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

La misma fue redefinida y actualizada en el año 2010 nominándose como «Guía Técnica de Atención a los Aborto No Punibles». «El estado anunció ante el comité CEDAW que la Guía había sido elevada al rango de resolución ministerial. La declaración fue recogida por los medios donde incluso se publicó el número de resolución. Sin embargo, al día siguiente, el Ministerio de Salud emitió un comunicado negando que su titular hubiera firmado la resolución, es decir quitándole la refrenda normativa» (ADC Asociación por los derechos civiles, 2015: 29).

Estos documentos coinciden en que es innecesaria la autorización judicial para acceder a los abortos permitidos por la ley, como así también en la necesidad de contar con los mismos para avanzar en lo dispuesto por el Fallo de la Corte Suprema de Justicia.

²⁴ En este trabajo nos referimos indistintamente a los casos de aborto previstos en el artículo 86 del Código Penal de la Nación, como aborto no punible, aborto legal, despenalizados, o de aborto permitidos por la ley.

El fallo emitido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en marzo del año 2012, conocido como «FAL s/ medida autosatisfactiva» amplía y aclara el artículo 86 del Código Penal Argentino. Exhorta a las autoridades nacionales y provinciales a implementar medidas que faciliten el acceso a los servicios de salud. En el mismo se plantea que basta el consentimiento informado y la sola declaración del abuso hacia la mujer expresada en la historia, clínica para que el aborto pueda realizarse sin judicializar.

En el 2015 el Ministerio de Salud de la Nación transforma la guía en lo que da a llamar «Protocolo para la atención integral de las personas con derechos a la interrupción legal del embarazo», en dicha normativa se recupera que «El programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, afirma que la interrupción del embarazo debe ser brindada bajo los mismos parámetros que otros componentes del Servicio de Salud» (PNSSyPR. ILE, 2015: 11); y remueve todas las barreras administrativas o fácticas para el acceso oportuno a los servicios de salud.

Es necesario destacar que desde el año 2005 hasta el año 2015 el Ministerio de Salud de la Nación, fue revisando las guías/protocolos de atención al aborto no punible, reconociendo las recomendaciones de la OMS, organismos internacionales y expertos en el tema. Recomendando a los equipos de salud la realización de la práctica de abortos no punibles para atender a un grave problema de salud pública.

Como sabemos, en los casos que han llegado a los medios de comunicación desde 2005, actores del sistema sanitario y/u operadores jurídicos han generado la judicialización del pedido de un aborto legal, en diversas situaciones encuadrables en el artículo 86, llegando incluso a denegarse la autorización en alguna de las instancias (Bergallo P, Ramon Michel A, 2009).

Sera el caso de Ana María Acevedo,²⁵ que con la denegación del aborto no punible, lleve a acelerar algunos procesos de protocolos/guías o legislaciones en algunas provincias de manera de dar respuesta a situaciones similares.

²⁵ Ana María Acevedo tenía veinte años de edad, oriunda de Vera, Santa Fe, madre de tres hijas/os, falleció en mayo de 2007. Tenía cáncer maxilar y un embarazo de tres o cuatro semanas cuando ella y su familia solicitaron un aborto terapéutico, que fue denegado por las/os profesionales del Hospital Iturraspe. Cuando el parto finalmente se llevó a cabo, Ana María entró en coma farmacológico y días después murió. El bebé tampoco sobrevivió. Como resultado de la denuncia promovida por la familia Acevedo junto con las abogadas de la organización «Multisectorial de Mujeres de Santa Fe», se abrió un proceso penal que derivó en el procesamiento del ex director del Hospital Iturraspe, los jefes de servicio de ginecología y de oncología, por los delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público.

Con el fallo de la CSJN, queda expresado el pedido para que las provincias que así lo requieran adecúen la normativa a través de la creación de protocolos que permitieran y facilitarían el acceso al aborto en determinadas situaciones. Cada provincia puede establecer el propio Protocolo según lo planteado por el fallo de la Corte Suprema de Justicia.

De las 24 jurisdicciones provinciales hasta el momento son 17 provincias las que han adecuado su legislación al fallo de la corte, de ellas 8 son las provincias que cuentan con protocolos restrictivos (provincia de Salta, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Río Negro y Buenos Aires), las otras 9 han adherido en mayor medida a lo dispuesto por el Fallo de la Corte Suprema de Justicia de Nación, (provincias de Chubut, Misiones, Chaco, Jujuy, La Rioja, Santa Cruz, Santa Fe, Tierra del Fuego y la Jurisdicción Nacional). Son 8 las que no cuentan con protocolos, no obedecieron a la resolución de la corte, (Provincia de Tucumán, Mendoza, San Luis, Santiago del Estero, San Juan, Catamarca, Corriente, Formosa). (ADC Asociación por los derechos civiles, 2015: 15).

A pesar de lo expresado por el fallo de la Corte Suprema de Justicia, el acceso a un aborto en las condiciones que lo establece el código penal argentino tiene límites y obstáculos, en algunas situaciones por no contar con instrumentos claros, o por hallarse intervenido por la justicia, en otros por falta de directivas claras de parte del Ministerio de Salud correspondientes y por otra parte por los profesionales y equipos de salud quienes son los que facilitan o limitan el acceso.

La existencia de guías o protocolos en las provincias muestran una amplitud y diversidad de interpretaciones. Provincias como Buenos Aires (2007), Neuquén (2007), Santa Fé (2009) y Chubut (2010) (Cavallo M, 2011), cuentan con protocolos previos al fallo de la Corte Suprema de Justicia. Luego del mismo, se amplía el número de provincias con protocolo o guías, aunque lejos están de sumarse todas las jurisdicciones. Existen diferencias múltiples y cambiantes en lo que refiere a la interpretación y/o la aplicación de la misma.

La existencia de protocolos de atención a abortos no punibles, en algunos casos restrictivos, resultan insuficientes para el acceso efectivo al derecho. En algunas provincias estos instrumentos están intervenidos por la justicia, a partir de la injerencia de los llamados, por el activismo feminista, «grupos antiderechos». En otros casos la no aplicación es una decisión de los equipos de salud que no responden a los mismos, por considerar que no es legal o bien por acogerse a la objeción de conciencia.

A partir de la injerencia, son las instituciones de salud de posicionamientos morales y religiosos, las que utilizan la objeción de conciencia «como medio para reforzar las barreras estructurales y sistemáticas de acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva a las que las personas tienen derecho, para imponer creencias religiosas hegemónicas, o para, simplemente, humillar a personas vulnerables. Aquí, la objeción no es rebeldía frente al poder, sino una de las estrategias del poder para negar el disfrute de derechos humanos básicos» (Alegre M, 2009: 30).

De esta manera se alude a la objeción de conciencia no para desafiar el poder sino como forma de imposición durante siglos «estuvo centrada en quienes por razones religiosas o éticas se negaban a sumarse a las filas militares (ya sea en forma general o en relación a determinados conflictos bélicos), lo que se observa en las últimas décadas es una extensión significativa del uso de este concepto (Alegre M, 2009: 1).

Los profesionales aluden a la objeción de conciencia en el marco de interpretar disposiciones legales como la expresada en la ley 25.673,²⁶ así como la ley 26130 «Ley de Educación Sexual Integral» y otras normativas nacionales en las que se da lugar a este recurso.

En este marco de disputas de sentidos e interpretaciones legales, morales y éticas, la Provincia de Córdoba elaboró un protocolo, según la Resolución 093/12 del Ministerio de Salud, en el que prueba la Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto No Punibles, según lo establecido en el artículo 86 incisos 1º y 2º del Código Penal de la Nación, y como Anexo I integra dicha resolución, que es anterior a la entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial.

Este protocolo se encuentra bajo el amparo judicial iniciado por «Portal de Belén» Asociación civil sin fines de lucro, reconocida más precisamente como organización «anti derechos». El amparo impide desde el año 2012 aplicar el protocolo elaborado por la provincia de Córdoba, se constituye así en un obstáculo para las mujeres cordobesas, que deciden interrumpir un embarazo.

²⁶ «el Art. 10 establece: "Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b) (prescribir y suministrar... métodos y elementos anticonceptivos...)"». Por su parte, el Decreto 1282/2003, reglamentario de dicha Ley establece en su Artículo 10: «Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el Programa... previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada». (Alegre M, 2009: 32).

Lo expresado en las Convenciones Internacionales, en el Código Penal Argentino, en el fallo de la Corte Suprema de Justicia, y en los protocolos de abortos no punible, aún no se hacen efectivos en lo relativo a la incorporación a los derechos sexuales y los derechos (no) reproductivos como tales, la consideración en términos de derechos es aún materia pendiente en el campo de la salud y las políticas públicas en Argentina

2.13 El aborto inseguro un problema de Salud pública

El aborto inseguro tal como lo hemos mencionados es «un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo o ambos» (OMS, 1992)

La OMS plantea que se estima que alrededor de 20 millones o cerca de la mitad, de los abortos inducidos anualmente, son inseguros. El 95 % de estos ocurre en países en vías de desarrollo. (OMS, 2011)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el acceso a servicios para un aborto sin riesgos «los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistema de derivación implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel superior» (OMS, 2011).

Las consecuencias para la salud de la mujer que practicó un aborto inseguro dependen del lugar donde se realiza el mismo, así como de la capacidad de la persona que lo realiza, del método de aborto empleado, de la edad gestacional del embarazo; es decir, se conjugan diferentes variables que impactan en la salud física, psíquica o social de las personas.

El aborto inseguro puede provocar lesiones físicas en el cuerpo de la mujer, las mismas son consecuencias de la intromisión de diferentes objetos o sustancias como un tallo de perejil, una raíz, un tallo de rosa, una aguja de tejer, la sonda u otros elementos punzantes, que colocados en el útero provocan infección, llevando a que determinadas complicaciones y riesgos aumenten. La dilatación y el curetaje realizados de manera incorrecta pueden provocar daño.

El no acceso al aborto seguro en un hospital público es un problema de justicia social, porque las mujeres que pueden pagar por el servicio, lo realizan en condiciones de seguridad y atención, disminuyendo el impacto en su salud, esto genera inequidades entre las mujeres con recursos y aquellas que no lo cuentan.

Uno de los métodos de aborto seguro es el que se realiza a través de la aspiración manual endouterina (AMEU) es una técnica quirúrgica que se realiza hasta las 12 /15 semanas «la aspiración al vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío» (OMS, 2003). Es una técnica sencilla que puede hacerla un profesional capacitado y lleva unos 3 a 5 minutos en consultorio.

Se denomina aborto seguro cuando es realizado por profesionales de salud capacitados y con equipos apropiados, una técnica adecuada y estándares sanitarios, el aborto es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo, de acuerdo a los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003).

2.14 El aborto con misoprostol

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como: «la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable», es decir, antes de que pueda sobrevivir por sí mismo fuera del útero. Hay diferentes tipos de aborto, puede ser de manera espontánea debido a causas naturales o puede ser inducido.

La interrupción del embarazo puede realizarse fundamentalmente mediante dos métodos: el denominado aborto quirúrgico, y el método médico de aborto o aborto medicamentoso.

El aborto quirúrgico es «la utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío, la dilatación y curetaje y la dilatación y evacuación» (OMS, 2003).

El aborto medicamentoso o «aborto con pastillas» es el que utiliza el misoprostol, contenido en el fármaco que en Argentina se conoce bajo la marca comercial Oxaprost. Es aquel que mediante la introducción de las dosis adecuadas, según protocolos comprobados, provoca contracciones en el útero generando un proceso de expulsión del producto de la concepción (OMS, 2003) (FLASOG, Faundes A, 2007).

En la década del 80 se desarrolla la combinación de un antiprogéstágeno, mifepristona, que se une a los receptores de progesterona e inhibe la acción de la progesterona y, por ende, interfiere con la continuación del embarazo (OMS 2007), de esta manera se registra la utilización de medicamentos para practicarse un aborto (Ramos S, Romero M, Feijoo , Zimberlan N, CELS CEDES, 2009).

En el año 1981, en Ginebra se realizó el primer estudio clínico de la mifepristona como fármaco abortivo. Este medicamento conocido

como RU 486 fue desarrollado en Francia en las décadas de 1970 y 1980. En 1985 descubrieron que la combinación de mifepristona con un análogo de prostaglandinas aumenta la eficacia para interrumpir un embarazo (MYSU, 2008).

El Oxaprost como se lo conoce en Argentina, marca comercial, se mercantiliza en 72 países y desde que se divulgó «de boca en boca» sus características abortivas, su uso ha ido en continuo aumento.

«El misoprostol es un medicamento que contiene prostaglandina. Es desarrollado por GD Searly y Cía. en la década de los 70 para el tratamiento de ciertos tipos de úlceras duodenales y gástricas». «Como todas las prostaglandinas (tanto las producidas por el cuerpo como las sintéticas), el misoprostol tiene como efecto el estímulo de músculos, incluyendo el útero, provocando contracciones» (Rosenberg M, 2013). El misoprostol se puede usar para provocar aborto, inducir partos o facilitar la expulsión de otros tejidos que quedan luego de un parto o un aborto, para prevenir hemorragias después de un parto, o la maduración cervical entre otros. (Lesbianas y feministas por la descriminalización d, 2010).

En países como Francia, Estados Unidos y Brasil, entre otros se verificó el uso del misoprostol desde fines de la década del 80, en Argentina se aplica hacia fines de la década del 90 (FLASOG, Faundes A, 2007).

La aplicación del misoprostol con fines abortivo hace que las mujeres lleguen a los hospitales con menos complicaciones infecciosas o directamente no acudan al mismo; porque se reducen las posibilidades de complicaciones y riesgos, si se aplican en la dosis y de la forma adecuada. (Romero M, Ramos S;).

Según las semanas de gestación es la dosis para obtener la expulsión del producto de la misma. Entre las 7 y las 12 semanas se colocan en total 12 pastillas, según sea la colocación vaginal, sub lingual o bucal serán la cantidad de pastillas y el intervalo. Sub lingual son 4 pastillas enteras de misoprostol debajo de la lengua. 3 horas después se coloca nuevamente otras 4 pastillas, y 3 horas después se introduce por tercera y última vez 4 pastillas de la dosis. Cada vez que se pone las 4 pastillas debajo de la lengua, la mujer debe retenerlas allí por lo menos media hora. Después de ese tiempo puede tragar con agua o escupir los restos de pastillas que hayan quedado. Vaginal 4 pastillas enteras de misoprostol en el fondo de la vagina. 12 horas después se pone otras 4 pastillas, y 12 horas después se coloca por tercera y última vez 4 pastillas. En total, se pone 12 pastillas. (Lesbianas y feministas por la descriminalización d, 2010)

Las dosis y formas de colocación de las pastillas se ha modificado según recomendaciones de la OMS y resultados de los equipos de salud que la aplican. En el caso de las dosis por vía vaginal, actualmente se aplican 4 pastillas cada 4 horas durante 3 veces. Diferentes investigaciones han mostrado como la utilización de misoprostol para la práctica del aborto, disminuye las probabilidades de complicaciones por sepsis y consecuentemente las internaciones post aborto. Las mujeres mueren menos por aborto porque se complican menos. (FLASOG, Faundes A, 2007)

La organización mundial de la Salud propone el uso del misoprostol en la inducción del aborto, en la guía técnica para aborto sin riesgos (OMS 2000) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de obstetricia y ginecología (FLASOG) ha elaborado un manual para su uso (FLASOG, Faundes A, 2007).

El misoprostol/oxaprost se vende en las farmacias para el tratamiento de úlceras estomacales o para tratamientos reumáticos, se lo hace con recetas y en algunas pocas farmacias lo vende sin las mismas.

El Ministerio de Salud lo provee en hospitales para uso obstétrico, aunque en dosis reducidas. Se lo utiliza para inducir el parto y para el tratamiento y prevención de la hemorragia post parto. En provincia de Buenos Aires y Chubut se provee para uso de abortos no punibles.

La existencia de espacios dentro del sistema de salud denominados Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva,²⁷ ha permitido trabajar en la información y acceso a métodos anticonceptivos, embarazo y aborto, interviniendo en las prácticas de las mujeres en relación a los derechos sexuales y (no) reproductivos.

Si bien el uso del misoprostol, lo hace más seguro y confiable en algunos aspectos, hay otros factores que inciden en la trasmisión de errores de las dosis adecuadas o en el cómo utilizarlo, lo que podría aumentar los riesgos, si esa transmisión ocurre por personas no capacitadas.

Desde el año 2000 aproximadamente, se ha iniciado un proceso de transformación en los modos de realizar un aborto, se realizan con «la pastilla». El uso de este medicamento permite que las mujeres lo hagan en su casa, solas o acompañadas, a diferencias de otros métodos que requieren la intervención de otras

²⁷ Las consejerías en salud sexual y reproductiva es un dispositivo que promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud ((Ministerio de Salud de la Nación, 2010: 8).

personas y a veces en otros espacios. En el aborto con medicamento las complicaciones son menores.

CAPÍTULO 3: EL RECORRIDO METODOLÓGICO

En este capítulo me propongo dar cuenta de las estrategias metodológicas, utilizadas para recuperar las prácticas y saberes de las mujeres que abortan con mifepristona en un centro de salud municipal de un barrio de la periferia de la ciudad de Córdoba.

He decidido solo mencionar un barrio de la ciudad de Córdoba, sin dar cuenta de la ubicación precisa del mismo, ni del centro de salud, a los fines de resguardar las prácticas y los/las profesionales que allí trabajan y desarrollan una práctica respetuosa y cuidada en términos de derechos. La evidencia de sectores «antiderechos» que observamos en estos tiempos en diferentes partes del país, me lleva a tomar esta decisión como forma de cuidar a los profesionales y las prácticas que allí se realizan. Sabiendo que prácticas similares se realizan en diferentes barrios de la ciudad, así como en otras ciudades del país, algunas de las cuales sus profesionales han recibido hostigamiento o persecución a su persona, a pesar de que las mismas se encuentran dentro de los marcos normativos.

Realicé una breve recuperación del diseño metodológico que incluye los objetivos propuestos, las características del estudio, el espacio y el tiempo en el que se desarrolló. Así mismo incluí una breve referencia sobre las mujeres que compartieron sus vivencias en torno al tema.

Recuperé las características del centro de salud que me acogió para dar desarrollo a esta experiencia, la cual me permitió pensar y reflexionar sobre las prácticas y los saberes de las mujeres en relación al aborto con medicamentos. El centro de salud y sus profesionales, son los que me recibieron y posibilitaron avanzar en esta propuesta, me detendré en describir el contexto y lugar de las entrevistas, como forma de situar la experiencia y permitir una lectura más acertada de la misma.

Un apartado está dedicado a las experiencias colectivas y organizadas que se desarrollan para el acceso al aborto de las mujeres que así lo requieren. Estas experiencias son referencia para los profesionales y constituyen un aporte al desarrollo de estrategias respetuosas de los derechos de las mujeres, en las que se vinculan con la atención que realizan los profesionales de la salud, que deciden desarrollar esta práctica en favor de la salud de las mujeres.

3.1 De las fuentes

Me propuse como objetivo conocer y analizar las prácticas y saberes que ponen en juego las mujeres que abortan con misoprostol, y que concurren a un centro de salud municipal en un barrio periférico de la ciudad de Córdoba.

Para dar desarrollo al objetivo, realicé un estudio de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo. Privilegié recuperar los discursos, la palabra de las mujeres y de los/las profesionales que trabajan en el centro, lo que expresaron en relación a sus vivencias y experiencias vinculadas al proceso, a la toma de decisiones y prácticas del aborto con misoprostol. Todo ello en el marco del consentimiento de quienes se avinieron a compartirlas.

Para el trabajo de investigación tuve acceso a diversas y numerosas fuentes, permitiendo encontrarme con la complejidad que la problemática conlleva. El encuentro con las reconocidas fuentes primarias y secundarias, facilitó el acceso a datos, discursos, prácticas que se entremezclan en el relato de las mujeres y los/las profesionales, otorgando mayor conocimiento y acceso a la información de las prácticas y saberes.

En relación a las fuentes primarias:

- Realice 5 entrevistas, semiestructuradas,²⁸ en profundidad a mujeres que asistieron a las consejerías en salud sexual y reproductiva, en particular al «asesoramiento»²⁹ y que quisieron dar su testimonio. La elección por este tipo de técnica es una derivación natural del tema que abordo, el cual, sólo puede ser capturado, a partir de un clima de confianza, predisposición del entrevistado, y de una perspectiva de entrevistadora-investigadora, con conocimiento de la temática, y con respeto por los discursos y prácticas que allí se expresan. Las entrevistas semiestructuradas, permiten hacer foco en algún tópico y captarlo desde la perspectiva de las actoras. Recuperando así, el relato que ellas reconstruyen acerca de sus vivencias y experiencias.

Llegué a mis entrevistadas a partir de las preguntas que las/os médicas/os realizaron a las mujeres que pasaron por el asesoramiento, acerca de si les interesaba compartir sus experiencias con alguien que estaba investigando y estudiando sobre aborto con medicamentos. Ellas daban el consentimiento para establecer contacto. A partir del mismo, se ampliaba la información necesaria para que pudie-

²⁸ Según Rossana Guber, la entrevista semi estructurada es aquella con preguntas abiertas donde la persona responde con autoridad al tema propuesto por el entrevistador.

²⁹ Así nombran las mujeres y los/as profesionales cuando requieren información sobre aborto.

sen tomar la decisión de querer/poder, compartir o no las vivencias y experiencias que les aportó la práctica del aborto con misoprostol.

Las mujeres con las que me entrevisté tienen diferentes edades, con y sin embarazos previos, con diferente nivel educativo, con y sin abortos previos, mujeres argentinas y mujeres que provenían de países limítrofes. Todas ellas hablaron sin reparos.

- Realicé entrevistas semiestructuradas a los/las profesionales del equipo de salud del centro de atención primaria, quienes compartieron la organización y forma de trabajo en relación a las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, y en particular sobre el asesoramiento. El equipo facilitó toda la información y el encuentro con las mujeres que quisieron compartir sus vivencias en relación al aborto con misoprostol. Realicé en un primer momento, entrevistas a las médicas/os ginecólogas/os, administrativas, psicóloga/o, trabajador/a social y enfermeros/as, involucrados con el espacio de la Consejería Integral en Salud Sexual y Reproductiva. En un segundo momento, a lo largo del proceso entrevisté a otros/as profesionales del centro de salud con diferentes tiempos de permanencia en el mismo y de vinculación con el espacio de la consejería integral en salud sexual y reproductiva.

Las entrevistas, las realicé de manera grupal, si bien me propuse, hacerlas de manera individual, al momento de realizarlas se presentaron como equipo y me solicitaron el poder charlar todas/os juntas/os, siempre hubo demostración de interés por compartir las miradas sobre este problema/tema, interviniendo y proporcionando las respuestas que les solicité.

- Realicé observaciones participantes en la sala de espera del mencionado centro, tomando contacto con mujeres que allí se encontraban esperando la atención de las/os profesionales para ellas o sus hijos/as. A estas mujeres les preguntaba si les interesaba conocer sobre métodos anticonceptivos. En ese espacio tomé contacto con más de 40 mujeres a las que les proporcioné información sobre diferentes métodos anticonceptivos, compartiendo con ellas de manera individual o de a dos sus experiencias, dudas y aciertos en relación a los mismos. En ese marco les preguntaba si habían estado embarazadas, y si habían interrumpido algún embarazo. Esta fue una estrategia de acceso a las mujeres que hubiesen interrumpido un embarazo y que quisieran compartirlo.

En el caso de dos mujeres que respondieron afirmativamente, les consulté si querían hablar sobre la interrupción del embarazo; en ambos casos, fue interrumpido por el llamado del profesional médico/a a la consulta que esperaban,

no pudiendo retomar en otro contexto la conversación inicial, no siendo posible profundizar sobre sus vivencias y experiencias, en relación al aborto.

Esta técnica de acceso a la palabra de las mujeres posibilitó un mayor conocimiento del centro de salud, su accesibilidad, la vinculación de las profesionales con las mujeres, el conocimiento de las mujeres sobre el acceso a los métodos anticonceptivos.

De las fuentes secundarias:

- Participé de manera sistemática de las reuniones nacionales de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. La Red se inicia en el año 2014 y tiene como objetivos reunir a profesionales de los equipos de salud pública de todo el país, que trabajan desarrollando estrategias de «Disminución de riesgo y daño» y/o «Consejerías pre y post aborto», con estas nominaciones se conocen los espacios con los que las mujeres se vinculan para solicitar información sobre interrupción del embarazo con medicamentos.

- Realicé observaciones, participé en diversos espacios de capacitación y discusión de profesionales, activistas, colectivos de mujeres organizados por el acceso al aborto, tales como 3 seminarios/talleres con activistas de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, 7 reuniones locales de la Campaña Nacional por el Derechos al Aborto, 3 talleres de la Red de profesionales por el derecho a decidir, un taller de las Socorristas en Red, 3 actividades callejeras en relación a solicitar el tratamiento del proyecto de ley de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto. En tales espacios se compartieron informaciones, reflexiones y discusiones respecto del aborto desde miradas médicas, sociales y culturales entre otras; aportando a enriquecer la mirada y perspectiva en relación a las múltiples maneras de hacer y saber.

- Recuperé discusiones en relación al tema ocurridas en el marco de la Campaña Nacional por el Derechos al Aborto Legal Seguro y Gratuito, espacio del que participo desde su creación, en el año 2005 a la fecha, tanto en las reuniones nacionales, como en el espacio local de la Campaña. En este espacio confluyen organizaciones feministas, de mujeres, organizaciones sociales y partidarias que comparten el objetivo de la lucha por la legalidad y exigibilidad del derecho al aborto.

Son las organizaciones, parte de la Campaña, quienes efectúan diversas estrategias de apoyo y acompañamiento a mujeres que deciden abortar, tales como es el espacio de las «Socorristas en red» mujeres que acompañan a mujeres que abortan con misoprostol y/o la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

- Recuperé información con expertos, investigadores/as, docentes y profesionales del campo, que comparten preocupaciones similares y que no se encuentran aglutinados en los espacios antes mencionados.

- Sistematicé las fichas que el centro de salud tenía disponible de las mujeres que consultaron en las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva (entre los años 2010/2012), que habían solicitado atención en los «asesoramientos», «Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva», permitiendo ampliar el conocimiento de las mujeres que asisten al centro de salud. El espacio de las consejerías provee información sobre el aborto, asesoran en el pre y post aborto, y realizan el seguimiento de la práctica a quienes lo solicitan. Las mujeres llegan y solicitan un «asesoramiento» o un turno con una u otra doctor/a, en la consulta expresan preguntas acerca de qué hacer y cómo hacer. Se inicia un proceso de acompañamiento a quienes lo demandan.

3.2 De las entrevistas a las mujeres

Entrevisté a 5 mujeres que solicitaron un «asesoramiento» en las Consejerías Integrales de Salud Sexual y Reproductiva, que realizan las/os profesionales en el centro de salud de la periferia de la ciudad de Córdoba. Son mujeres mayores de edad, que concurrieron al centro de salud, entre los meses de agosto del 2015 y marzo de 2016, que efectuaron consultas en las mencionadas consejerías y aceptaron compartir su testimonio para esta investigación.

Cabe mencionar que en agosto del 2016³⁰ se encuentran 18 centros de Salud Municipal (de un total de 98), desarrollando el espacio de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, con modalidades disímiles; pero similares a las que desarrolla el centro de salud con el que me involucre para realizar este estudio.

Las entrevistas semiestructuradas, tuvieron un diseño de preguntas abiertas en las que abordé: la conformación familiar, aspectos que hacen a la etapa reproductiva y no reproductiva, la decisión de abortar, los mecanismos de acceso a la información, a la receta, las pastillas, lo que sintieron, lo qué saben, y cómo lo vivieron.

Recuperé el relato de las vivencias que las mujeres expresan ante las preguntas realizadas; las mismas resultaron disparadoras para facilitar la expresión y relato de prácticas referidas a los procesos de embarazos y abortos. La narrativa y el análisis de contenido posterior, son instrumentos con los que trabajo en el capítulo 5.

³⁰ Fecha en que se escribió este capítulo de la tesis.

Debido a que es una práctica considerada ilegal e ilegítima por diversos sectores, con una fuerte condena social en determinadas circunstancias y a los fines de preservar la intimidad y anonimato de las mujeres, trabajamos aplicando consentimiento informado, el que, al inicio de la entrevista, se le informo a las personas para que se utilizaría la información proporcionada, a la vez que se le preguntaba como prefería ser reconocida o nombrada. Se lo hizo con un texto común a todas las mujeres y a partir de ello daban o no el consentimiento, que consta en el anexo 2: Presentación y consentimiento.

Las/os médicas/os luego de realizado el asesoramiento y de transcurrido todo el proceso de aborto, les preguntan a las mujeres si quieren hablar de este proceso con una profesional que estudia sobre el tema de aborto, para conocer más sobre las prácticas y lo que saben las mujeres sobre el aborto con misoprostol.

En el contacto previo al acuerdo para las entrevistas, les pregunté si querían o no ser parte de este estudio y les comenté las características del mismo.

De esta forma antes de dar inicio a las entrevistas, dichas mujeres, contaban con la información sobre el tema a dialogar; dándoles también la posibilidad de evacuar dudas al respecto y de recibir toda explicación que crean pertinente. También las consulté sobre la forma de ser nombradas en este estudio, bajo anonimato o no; y la siguiente consulta respecto del audio de la entrevista y la posibilidad de que éste sea material audible. Todas respondieron que querían ser nombradas con su nombre.

Las mujeres que concurren al centro de salud n° X, en busca de información para interrumpir un embarazo con misoprostol, provienen de diferentes barrios de la ciudad de Córdoba. No obstante, recurren a ese centro de salud ubicado en una zona periférica de la ciudad, porque allí se realizan asesoramientos.

3.3 El territorio y la atención en Salud

El barrio se encuentra ubicado en una zona periférica de la ciudad de Córdoba, cuenta con irregularidad dominial en los terrenos y en su construcción. La población de este sector es muy heterogénea en relación a ingresos, a la forma de acceso a la tierra y a la nacionalidad de procedencia de sus habitantes, parte de ellos proceden de países limítrofes. En el año 2012 residían 1500 familias.³¹

³¹ Relevamiento realizado por alumnas/os en la Práctica de Teoría Espacios y Estrategias de Intervención III Escuela Trabajo Social. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales UNC.

El barrio linda con una zona, cuya población vive en una situación de vulnerabilidad socioeconómica y alta movilidad territorial.

En el barrio, se encuentra el centro de salud, en el que se desarrolla la experiencia de las consejerías en salud sexual y reproductiva. El mismo cuenta con dos salas de espera, 1 baño para los profesionales y otro para las personas que consultan, una cocina, consultorios para la atención médica y psicológica, consultorios para la atención de enfermería y una sala de reunión. Son espacios luminosos con asientos y mobiliario adecuado.

Dispone de cartelera, en los espacios de uso común, en relación a los derechos de las personas, salud sexual y reproductiva, violencia de género, vacunas, diabetes, HPV, VIH, lactancia, leyes y programas de salud vigentes. La misma está expresada de manera clara y convoca a ser leído. En algunas de ellas se invita a ser parte de espacios grupales para ampliar y trabajar diferentes afecciones, tales como diabetes, obesidad, espacios terapéuticos para adultos mayores, embarazadas y de preparación para el parto por mencionar algunos.

Durante las observaciones pude registrar la atención realizada por los diferentes profesionales y administrativos/as que allí trabajan. Se proporcionan explicaciones acerca de lo solicitado, reconociendo al otro/a como sujeto de derechos, esta afirmación se asienta en el cuidado de los espacios, en la atención, escucha y explicaciones claras y cuidadas que proporcionan a las personas que allí concurren.

El Centro de Salud ha desarrollado un sistema de turnos con los y las profesionales que allí atienden, que, combinado con la atención de la demanda espontánea, permite y favorece atención y cuidado, evitando a las personas concurrir a horas de la madrugada, como si lo hacen en algunos centros de salud. Se dan una organización interna, de manera que diferentes miembros del equipo de salud, mantienen una vinculación con mujeres que acuden a las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, para solicitar información sobre métodos anticonceptivos o sobre como interrumpir un embarazo con pastillas, con misoprostol.

La experiencia de la consejería en salud sexual y reproductiva surge cuando en el año 2005 un/a profesional de este centro de salud, decide dar impulso a la creación de un espacio que permitiera proporcionar información sobre métodos anticonceptivos. El espacio fue desarrollándose de diferentes maneras, en el consultorio y en espacios colectivos y grupales.

En la ciudad de Córdoba, desde ese mismo año, diferentes trabajadoras/es de la salud de centros atención primaria que se encuentran dentro de la órbita de la Municipalidad de Córdoba, comienzan a desarrollar estrategias de atención similares. Las consejerías en el marco del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva, se implementan desde el año 2005 de manera progresiva, adquieren diferentes modalidades y particularidades de acuerdo a las características del centro y las posibilidades de los profesionales que allí se encuentran. Las mismas tienen como base la propuesta desarrollada en la ley que crea el programa de salud sexual y reproductiva.

3.4 Las Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva

Las consejerías «son un espacio de encuentro en donde se promueve la toma de decisiones consciente, autónoma e informada. Se abordan temas vinculados a la sexualidad, los métodos anticonceptivos, situaciones de violencia y abuso, la continuidad o no de un embarazo, entre muchos otros, requiere que se brinde información clara, actualizada y validada científicamente expresada en términos sencillos» (Ministerio de Salud de la Nación, 2010: 12).

La existencia de espacios dentro del sistema de salud denominados Consejerías Integrales en Salud Sexual y Salud Reproductiva, ha permitido trabajar en la información y acceso a métodos anticonceptivos, embarazo y aborto, interviniendo en las prácticas de las mujeres en relación a los derechos sexuales y (no) reproductivos.

Consejerías en salud sexual y salud reproductiva, de salud sexual integral o de derechos sexuales y reproductivos, son las nominaciones que conviven y coexisten en diferentes centros de salud pública. Las mismas se desarrollan dentro del sistema público de salud especialmente a partir de la puesta en práctica del Programa Nacional en Salud Sexual y Procreación Responsable en marzo del 2003.

En los últimos 5 años, desde algunas consejerías se realiza la atención pre y post aborto, nominación que realizan los/las profesionales, de algunos centros de salud y hospitales públicos de diferentes partes del país. Este cambio en la forma de nombrar tiene que ver con la aprobación de las guías de atención a aborto no punibles (2007, 2010), o la de interrupción legal del embarazo (2015) aprobadas por el Ministerio de Salud de la Nación. También contribuyó a tal nominación el mayor conocimiento y apropiación de la experiencia desarrollada por el equipo de salud en Uruguay, «Iniciativas Sanitarias», con un enfoque de disminución de

riesgo y daño, con formación en derechos humanos, género y salud. Este tipo de estrategias, fueron impulsadas en el campo de la salud, para atender a diversas problemáticas como el consumo problemático de drogas, adoptándose criterios y modalidades similares para la atención de aborto.

Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, es un espacio conformado por profesionales del Centro hospitalario Pereira Rosell. Hospital de la ciudad de Montevideo, Uruguay, que decidieron desarrollar una estrategia que evitar las muertes de las mujeres por aborto provocado. «Para disminuir la necesidad de recurrir a un aborto provocado, las mujeres, sus parejas y las comunidades deben poder desarrollar el ejercicio de una sexualidad libre y responsable y para ello deben tener acceso a una adecuada educación sexual y reproductiva, además de disponer de servicios de orientación y de anticoncepción de calidad. En Uruguay la educación sexual estuvo en la «agenda política» y sin resolverse desde la salida de la dictadura (1984) hasta 2008. Respecto a la anticoncepción, la misma seguía siendo de difícil acceso para una buena proporción de las mujeres y sus parejas» (Briozzo, 2008: 19).

El equipo de profesionales entendía que las mujeres, las pacientes, son las únicas que pueden decidir lo que es mejor para ellas. Que diversas razones llevan a las personas a no continuar con un embarazo. Ningún método es seguro en un 100 %.

Los embarazos de las mujeres se dan en situaciones de violencia, abuso, violación, se producen situaciones que provocan cambios en las decisiones tomadas respecto de este evento obstétrico, dificultades para acceder a información y a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. Este conjunto de elementos lleva a estos profesionales a plantearse querer ser parte de la solución y no del problema, ante la muerte de mujeres que abortan en condiciones insalubres.

Desde el equipo de salud que dio impulso a estas estrategias se trabajó sobre los principios éticos de «Beneficencia y no maleficencia. El giro actual respecto a este principio es el reconocimiento de que quién debe decidir lo que corresponde al bien para el paciente es justamente el paciente, de modo que el criterio beneficentista mantenido desde la tradición hipocrática no se puede sostener. El o la paciente debe autorizarnos a actuar en su bien, y de acuerdo con lo que él o ella, según sus preferencias y valores, considere beneficioso» «Principio de autonomía: autonomía personal significa autogobierno; el concepto de autonomía moral es equivalente al concepto de libertad moral de una persona, supone congruencia con sus planes de

vida, de elección, de ausencia de coerción.» «Principio de justicia: El análisis de los datos aportados en la propuesta muestra cómo la mortalidad materna en nuestro país tiene como primera causa de muerte las complicaciones debidas al aborto; y también que existe desigualdad en la distribución dentro de la población de esas muertes o morbilidades, siendo entre las usuarias del hospital, provenientes de las poblaciones más carenciadas económicamente, donde ocurren con más frecuencia los abortos provocados en condiciones de riesgo.» (Briozzo, 2008: 23).

Desde estos principios éticos y de salud, se desarrolló una experiencia que permitió reducir a cero la mortalidad materna en ese Hospital en Montevideo, trasladando luego la estrategia a otros hospitales y centros de Salud de Uruguay. En Argentina se venía trabajando en atención pre y post aborto con múltiples estrategias como las desarrolladas en el centro de salud n° X y otros abordajes de los que daré cuenta más adelante. Lo que permitió esta experiencia al conocerse, es mejorar aspectos que facilitaron el acceso y fundamentaron desde lo legal, lo ético y el sistema de salud, en las prácticas de aborto, en instituciones públicas de salud.

3.5 ¿Quiénes son las mujeres?

Realizo una breve presentación de quienes son las mujeres que compartieron un momento de sus vidas en relación a una práctica de salud, las vivencias sobre las prácticas y saberes en torno al aborto con medicamentos.

Verónica. Tiene 36 años. Está casada. Vive en un barrio próximo, dentro de lo reconocido como zona programática.³² Nació en Bolivia, su mamá la abandonó cuando tenía 3 o 4 años y su papá falleció cuando ella era niña, desde ese momento quedó al cuidado de una señora, que ella la nombra como «la tutela». Fue unos pocos años a la escuela, no recuerda cuantos.

Tuvo seis embarazos, cuatro hijos y un aborto. Una «persona»³³ de 20 años que no vive con ella, un hijo de 11, otro de 8 que es discapacitado, uno de 5 y una niña de 1 año y medio. A los 15 años un grupo jóvenes la violó, como producto de esa violación quedó embarazada, no lo quería tener, pero «*la tutela dijo que tuviese*», el producto de ese embarazo no querido vive en Bolivia. A los 27 años se vino con su marido a Córdoba. Trabaja desde los 15 años dentro y fuera de la casa. En

³² Área programática es la que por jurisdicción le corresponde atender a un determinado centro de atención en salud.

³³ El entrecomillado, es porque ella no refiere como hija a la persona que vive en Bolivia, si la nombró como parte de los embarazos.

el momento de la entrevista trabajaba en un taller de costura al que iba 3 veces a la semana.

Brenda. Tiene 23 años, vive con los abuelos y tíos en un barrio próximo al centro de salud, dentro de la zona programática. Tiene secundaria completa, Tuvo dos embarazos y dos abortos, uno en el 2013 y otro en el 2015. Ambos abortos con misoprostol. Llegó al centro de salud porque la llevó su mamá. Tiene un novio. Los abuelos la criaron. Su mamá vive a unas pocas cuadras del centro de salud junto con 5 hermanos. Recientemente conoció a su padre. Desde que terminó la escuela secundaria trabaja de peluquera de manera dependiente e independiente.

Cecilia. Tiene 42 años. Vive con sus hijas, en el centro de la ciudad de Córdoba. Tuvo cuatro embarazos, dos hijas y dos abortos (un aborto espontáneo y otro con misoprostol). Tiene secundario completo. Tiene una hija de 18 años, otra de 16 años, que asisten al secundario. Llegó al centro de salud por referencias de una conocida. Trabaja en un estudio de escribanos en el centro de la ciudad, desde hace varios años. Está divorciada. Tiene una pareja con la que no convive.

Raquel. Tiene 43 años, con secundaria completa. Está casada. Vive con su marido y sus hijas en un barrio dentro del área programática del centro de salud. Tuvo cuatro embarazos, tres hijos y un aborto que se lo realizó en el año 2011, cuando tenía 39 años. Trabaja como administrativa desde hace varios años.

Florencia. Tiene 22 años. Vive con su hermana en el centro de la ciudad de Córdoba. Sus padres se mudaron recientemente a vivir a otra provincia. Está cursando el 4 año de arquitectura en la Universidad Nacional de Córdoba. Tuvo un embarazo y un aborto. Llegó al centro de salud por la referencia de una amiga de su mamá. No trabaja. No tiene novio.

Las mujeres que compartieron sus vivencias en relación a la práctica del aborto no todas viven en sectores de pobreza urbana, quedando expuesto que recurren a solicitar el acompañamiento de la práctica del aborto con misoprostol en el ámbito de la salud pública mujeres de diferente sectores sociales, y que no necesariamente viven en la zona programática del centro de salud; siendo esta quizás la única práctica de salud que adopta estas características, (el que pacientes, usuarios, o sujetos de otras partes de la ciudad, recurran al centro de salud en busca de una práctica que no encuentran en otra institución de salud pública).

A partir de la breve referencia, a quienes constituyen como sujetas para el análisis, a continuación, desarrollo el contexto en el cual transcurrieron las entrevistas para hacer al marco de lo que dicen, cómo lo dicen y en dónde lo dicen.

3.6 El Contexto de las entrevistas con las mujeres

Las entrevistas se desarrollaron en diferentes lugares, dos en un bar céntrico, cerca de donde viven o trabajan algunas de las mujeres, dos al aire libre, en una plaza cerca de donde vive una de ellas y otra en las afuera del centro de salud. Una entrevista se realizó en una habitación con puertas cerradas pero la entrevistada abrió las ventanas.

Las entrevistadas eligieron el lugar de las entrevistas. En todos los casos, eligieron lugares públicos para referirse a sus vidas «privadas». Para hablar de aborto, las convocó hacerlo con aire, al viento, al sol, con público circulando, con otros/as. Eligen el espacio público para dar testimonio de un tema «prohibido», «vedado», «oculto», «invisible», «privado», que refiere a la intimidad de su cuerpo, de sus vidas, al menos así es descrito y conceptualizado por estudios que refieren al aborto desde lo legal, el sistema de salud y la vida de las mujeres.

El espacio para hablar de aborto fue un espacio público, haciendo de alguna manera público lo privado. Lo público del espacio elegido se contrapone de alguna manera a lo oculto del tema a conversar.

Todas aceptaron hacer las entrevistas en el mismo momento que las llame, citándonos día siguiente, así la disposición y predisposición para hablar. Todas mostraron avidez a decir, a contar, a compartir sus vivencias, lo que les pasó, lo que sabían, lo que sintieron y pensaron sobre el aborto en esa instancia de sus vidas.

Tres de ellas no quisieron que grabara la entrevista, pero una apenas iniciada la misma, dijo que lo grabe porque si no «te vas a olvidar de todo», recuperando como valiosa la experiencia que estaba por relatar, el no dar lugar a la posibilidad de extraviar una frase de un relato que habla de lo que pensó y sintió en relación al aborto con misoprostol.

Todas aceptaron ser nombradas con sus nombres de pila en el estudio, diciendo que esperan con ello se modifique o mejore el acceso al aborto, el acceso al sistema de salud, la atención en el mismo y el acceso a la información y los medicamentos, siendo este otro indicio de querer hacer público la práctica, de alguna manera se exponen sus historias, motivos que llevaron a la práctica del aborto.

3.7 El lugar de las entrevistas con los profesionales

La Cocina, es el lugar que las/os profesionales eligieron para reunirse y hablar de las consejerías, de las dificultades allí encontradas y de los procesos que han permitido avances en el reconocimiento y atención a esta práctica de salud.

El lugar de la entrevista lo eligieron ellas/os según su conveniencia y sus posibilidades, eligieron un espacio público para hablar de un tema considerado privado. Cerraron la puerta para hacerlo, pero abrieron ventanas o cortinas.

La cocina es el lugar de encuentro con los otros, con los hijos, la pareja, el esposo, marido, compañero/a, amigos, familia, allí se «cocina» se preparan los alimentos, se decide, se discute, se ríe, se llora, se encuentran y desencuentran las personas que conviven, se producen y construyen relaciones. Suele ser el lugar íntimo, pero a la vez público de la casa, a veces es el único lugar social en donde convivimos. También es un lugar en que se comparte un almuerzo, un desayuno, una merienda, con los que viven en la casa y con los que vienen de afuera.

A la cocina del centro de salud entran y salen todos los profesionales, la guardia, y a veces se asoman las/os pacientes, aquí también se desayuna, merienda o almuerza. Es un lugar de encuentro, a la vez, que un lugar de intimidad de los profesionales y trabajadores/as del centro de salud. Sin embargo, a pesar de lo público y «abierto» que puede constituirse este espacio privado y doméstico, lo eligieron para hablar de cómo hacen los «asesoramientos»; así nominan al pedido de información sobre interrupción del embarazo.

Lo hacen desde el marco teórico, ético y normativo que les dan las Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva, son un dispositivo que promueve la autonomía y el pensamiento crítico. Desde las mismas se incorporan estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y en especial a la salud sexual y reproductiva. Habiéndose comprobado que estos espacios disminuyen el índice de embarazos no deseados en la adolescencia y la adultez.

Como estrategia integral, la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva se orienta a finalidades concretas: brindar información oportuna y pertinente, ayudar a las personas a reflexionar sobre su conducta personal ante sus decisiones y promover acciones educativas en las distintas esferas de acción de la comunidad, en vistas a que las personas desarrollen una vida sexual saludable y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud de la Nación, 2010: 12).

Tal como lo fundamentan desde documentos que orientan las disposiciones del Ministerio de Salud de la Nación, las consejerías permiten un acceso gratuito y universal a las posibilidades de atención de calidad que desde el estado realicen,

facilitando la redistribución de recursos en torno a garantizar el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos.

Las consejerías dan lugar y marco a los asesoramientos que surgen impulsados como estrategias de colectivos feministas y de mujeres preocupadas por hacer efectivo el acceso a esta práctica de salud.

3.8 De Colectivos organizados para atender a un derecho: la práctica del aborto.

Recupero parte de las historias que dan origen a colectivos feministas y de mujeres para atender a un derecho, desde el inicio de la década del 80 a la actualidad. En un principio los mismos estaban focalizados en Buenos Aires y tenían forma de organizaciones de la sociedad civil, luego durante la década del 2000, se desarrollaron en las grandes ciudades, principalmente Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Santa Fé, con formatos de organizaciones redes o campañas, definiendo estrategias comunes para el trabajo organizado y colectivo. Estas experiencias son variadas y conviven en diferentes ciudades dando cuenta de procesos organizativos y colectivos que facilitan el acceso a la información y la práctica del aborto.

La «comisión por el derecho al aborto»³⁴ fue quien, en la década del 80 instala el debate, dando impulso a un proceso en el que se coloca en el espacio público el reclamo por el reconocimiento del derecho al aborto. La mencionada organización, estaba conformada por mujeres, militantes y activistas, de la ciudad y provincia de Buenos Aires, algunas de ellas venían del obligado exilio que las llevó a vivir en otros países durante la década del 70, en el que nuestro país atravesaba la más cruel de las dictaduras. Traían consigo las experiencias organizativas y de lucha por los derechos, desarrolladas por el movimiento feminista y de mujeres de otros países. La mencionada organización, levantó la bandera del derecho al aborto, que las organizaciones de la sociedad civil y del movimiento de mujeres, no lo hacían en ese momento.

La Comisión por el Derecho Aborto, tuvo como lema «Anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir», impulsó el debate a lo largo y a lo ancho de nuestro país. Se avanza en construir y fortalecer argumentos en torno al derecho al aborto.

³⁴ «Queda formalmente constituida el 8 de marzo de 1988. Ese mismo año en el III Encuentro Nacional de mujeres llevado a cabo en Mendoza, la Comisión por el Derecho al Aborto organiza el primer taller sobre aborto en un encuentro Nacional. Luego de una primera etapa informal de estos talleres (realizados por fuera del temario establecido) han sido incorporado formalmente dentro del programa de estos encuentros». (Brown, 2008: 17).

La organización, se sostuvo hasta mediados de la década del 2000, impulsando el debate, y su accesibilidad. La misma, fue parte de las auto convocadas en el año 2003 al Encuentro Nacional de Mujeres, realizado en Rosario, en una gran asamblea por el derecho al aborto, que un par de años más tarde da lugar al nacimiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

Un antecedente de organización colectiva en torno al aborto lo constituyó el espacio conocido como Mujeres Auto convocadas para Decidir en Libertad (MADDEL). En el marco de los procesos de reforma de la Constitución Nacional (1994), se conforma este espacio de articulación de más de 100 organizaciones de mujeres, junto a representantes de partidos políticos, quienes tuvieron una fuerte presencia en la Convención Constituyente que sesionó en Santa Fé. Desde este espacio se definieron y desarrollaron estrategias que permitieron defender, con argumentos, reflexiones, debates y acciones el derecho a decidir sobre los cuerpos de las mujeres, en la Asamblea General Constituyente, aportando la voz en defensa de los derechos sexuales y (no) reproductivos. En especial el vinculado con el aborto, al que los sectores vinculados al gobierno y la iglesia católica intentaron restringir (Checa, S; Rosenberg, M, 1996) (Petracci, M; Pecheny, M, 2007), (Brown, J, 2014).

La Comisión Interhospitalaria e Intersectorial de Córdoba,³⁵ fue un espacio integrado por profesionales de la salud, activistas y profesionales de Organizaciones de la Sociedad Civil (ONG). Las mismas se desempeñaban en diferentes hospitales provinciales y/o centros de salud municipales de la ciudad de Córdoba, así como las feministas y mujeres integrantes del movimiento de mujeres Córdoba, lo hacían en ONG o en grupos /organizaciones barriales o villeros. Fueron quienes impulsaron las modificaciones de la ley 6222 art 7 incisos b) y c), que prohibía los centros de planificación familiar. Este espacio se constituyó por más de 15 años en referencia de organización intersectorial por la lucha y conquista de derechos sexuales y reproductivos. El espacio trabajó sobre el acceso a la anticoncepción, anticoncepción quirúrgica y abortos.

Otro espacio en donde se expresa, desarrolla y fortalece la lucha por el acceso al aborto son los Encuentros Nacionales de Mujeres, que desde 1986 se realizan

³⁵ Integrado por profesionales de la salud de los hospitales Rawson, Maternidad Provincial, Materno Neo Natal, Misericordia. Centros de Atención Primaria de la Salud dependiente de la Dirección de Atención Primaria de Salud (DAPS). Movimiento de Mujeres Córdoba, SEAP, Centro Educativo Florencia Fossati, CECOPAL, Corriente Feminista «Clara Zetkin», CLADEM, CAM, Asociación de Mujeres «Juana Manso», «Casa de la Mujer Centro Mujer y Sociedad», «Coordinadora de Loteos Indexados de barrios carenciados de Córdoba», Departamento de la Mujer de UEPC, Departamento de la Mujer del SEP, «Amas de Casa del País», Grupo de mujeres de Cooperativa «Colinas del Cerro», Mujeres de Villa el Libertador, Grupo de Mujeres de «Villa Urquiza» (informe de la comisión de derechos sexuales y aborto del movimiento de mujeres de Córdoba).

en Argentina de manera ininterrumpida. Cada año se reúnen por 3 días, mujeres que provienen de todos los sectores sociales y de Ushuaia a la Quiaca, para debatir, consensuar, compartir experiencias y vivencias en relación a las condiciones de vida de las mujeres. Se analizan y se proponen estrategias, acciones que luego durante el año, se desarrollan de diversas maneras en distintas latitudes y según formas de organización que se da en cada jurisdicción.

Los talleres son los espacios en los que se reúnen de manera aleatoria mujeres de todas las procedencias geográficas y diversidades sociales, económicas y culturales para discutir los más de 60 temas que hoy congrega. Fue allí que, de manera colectiva, se levantó públicamente el reclamo por el derecho al aborto; si bien los talleres y espacios de debate en torno al derecho al aborto, estuvieron presente desde el primer encuentro, fue en el año 2003 en Rosario, donde se multiplicaron los talleres que abordaron el tema y se realiza la Asamblea por el derecho al aborto, en una reunión multitudinaria, como nunca antes había ocurrido. Se inicia un proceso de gestación de un espacio permanente de organización y lucha por la legalización del aborto que permitió dar nacimiento, en el 2005, a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

En el espacio de los encuentros nacionales de mujeres, se amplía y profundiza el reclamo por el derecho al aborto, no sólo por el aumento de talleres en donde se discute el tema, sino como consignas que levantaron las más de 30.000 mujeres en las marchas multitudinarias que se realiza cada año en la tarde del domingo. Esas consignas se expresan en banderas, pancartas, remeras y el pañuelo verde que simboliza la campaña.

Es necesario reconocer la multiplicidad de espacios destinados dentro del encuentro a la discusión y debate sobre el aborto, talleres de mujeres y aborto, anticoncepción y aborto, mujeres y derecho al aborto, estrategias para el acceso al aborto legal, seguro y gratuito. Este último se incorpora luego del surgimiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto.

El Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS), en el año 2003 inicia el trabajo de monitoreo social, a los servicios de salud sexual y reproductiva en varias provincias de Argentina. El espacio estuvo conformado por organizaciones feministas y de mujeres, abocadas a la tarea de exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos. El consorcio se constituyó en un espacio de encuentro y de definiciones de estrategias para reconocer los obstáculos, dificultades y avances que se presentaban en los servicios de salud pública, que tenían

a su cargo la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Esta red, en cada provincia y a su vez en cada región, permitió realizar el reporte, en donde informaban, a partir de instrumentos comunes de registro y diseño metodológico, sobre los obstáculos y avances en la disponibilidad de insumos, accesibilidad a las consejerías y servicios propuestos por el programa. El CoNDeRS tomó contacto con profesionales (parte de los equipos de salud pública) detectando las limitaciones en formación y capacitación en salud sexual y reproductiva, contribuyendo al diseño de acciones de sensibilización y capacitaciones del equipo de salud y promotoras sociales, como forma de contribuir a hacer efectivo el acceso al derecho otorgado por ley.

En la ciudad de Córdoba, se trabajó de manera articulada con un conjunto de organizaciones desde el año 2003 hasta el año 2009 aproximadamente, diseñando una multiplicidad de estrategias que permitieron diagnosticar, reflexionar, capacitar y proponer acciones a quienes tenían la responsabilidad política de hacer efectivas políticas públicas en esta materia, favoreciendo el acceso a un derecho.

En el marco descripto, en la ciudad de Córdoba se promovieron y sostuvieron «una mesa diálogo» ligada a la Educación Sexual y otra, en relación al Programa de Salud Sexual y Reproductiva; ambos espacios colectivos e intersectoriales, conformados por funcionarios de salud de la provincia de Córdoba, organizaciones de la sociedad civil y promotoras de salud barriales. Desde ambas mesas de diálogo se intentó avanzar en la difusión y mejoramiento en la implementación de las políticas públicas creada por ley.

Durante el desarrollo de las acciones de monitoreo social³⁶ se detectaron una serie de obstáculos que interferían en el acceso a lo permitido por ley, como fue el ocultamiento y restricción indebida de anticonceptivos, la no realización de los espacios de consejerías en salud sexual y reproductiva, limitaciones para el acceso a la ligadura tubaria y la vasectomía, restricción en la información sobre los anti-

³⁶ Monitoreo es una actividad ciudadana destinada a vigilar al Estado en sus distintos niveles, así como leyes programas, servicios presupuestos y políticas públicas. Es una actividad que ejercen personas e instituciones para vigilar el correcto cumplimiento de programas y políticas pública, deben ser objeto de una vigilancia política –en sentido amplio– que detecte en qué medida son adecuadas para satisfacer las necesidades de la población, que sus objetivos y actividades garanticen el respeto de los derechos y necesidades de ciudadanos y ciudadanas. Para el CoNDeRS monitoreo social implica la construcción y aplicación colectiva de herramientas y mecanismos para vigilar la atención de la salud sexual y reproductiva con enfoque integral y preventivo a través de la sociedad civil. Debe ser ejercido por toda la sociedad civil en todo momento, y especialmente por las/os usuarios/as de los servicios. (CoNDeRS, 2003).

conceptivos disponibles y normativas vinculadas, obstáculos para la colocación de DIU, y dificultades para el acceso al aborto no punible.

Los informes elaborados por las organizaciones del CoNDeRS, dan cuenta de las dificultades y avances en el sistema de salud, también muestran los avances en la implementación. Las consejerías iniciaban el proceso de información oportuna y adecuada. En los informes se recuperan las discusiones y reflexiones en torno a los protocolos que se difundían desde el Ministerio de Salud de la Nación, entre ellos el de aborto no punible (CoNDeRS, 2008).

En la última década las Organizaciones feministas, de mujeres, sociales y de derechos humanos, se organizaron dando origen a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, en la que se encuentran aglutinadas más de 300 organizaciones sociales, sindicales, políticas y espacios universitarios. Es la campaña, que de manera colectiva y organizada ha logrado avanzar en colocar en la agenda pública la necesidad de hacer efectivo el acceso a este derecho a partir de la presentación de un proyecto de ley en el Congreso de la Nación que espera ser debatido desde el año 2007. Cada 2 años se realizan nuevas presentaciones en el Congreso de la Nación, ya que los proyectos al no tratarse pierden estado parlamentario.

La campaña tiene como lema «Educación para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir». Este es el marco que ha permitido desarrollar acciones tendientes a avanzar en la discusión, reflexión, construcción de argumentos, y presentación de protocolos, e impulsar múltiples espacios para hacer más efectivos el acceso a la Educación sexual, los métodos anticonceptivos y los abortos permitidos por ley.

El 16 de marzo de 2010 la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito presentó ante la Cámara de Diputados de la Nación el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria de Embarazo hasta la semana 12 de gestación, siendo esta la tercera presentación. En noviembre de 2010, este y otros proyectos en relación al aborto fueron discutidos por primera vez en la Cámara de Diputados. Por la despenalización, también en el 2010, más de mil mujeres presentaron en distintos tribunales del país una acción de hábeas corpus preventivo y colectivo para pedir que se declare inconstitucional la criminalización del aborto y que la Justicia inste

al Congreso a despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo (Cavallo M, 2011: 55).

Un espacio pionero en la difusión de información sobre aborto fue La Línea «Más información Menos Riesgo» de feministas y lesbianas por la descriminalización del aborto, surgió en el año 2006 con el objetivo de proporcionar información por teléfono a quien lo solicitaba sobre el acceso al aborto, realizando a su vez un acompañamiento telefónico durante el tiempo de realización de la práctica. Esta línea telefónica con sede en Buenos Aires, pero con demandas de diferente partes del país, inició un proceso en el que proporcionar información sobre cómo hacerse un aborto con pastillas se encontraba dentro de los marcos legales, realizando así asesoramientos y seguimientos en los casos requeridos, permitiendo realizar registros que se utilizaron para mejorar el servicio y para animar a informar dentro de los marcos legales existentes (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto, 2010).

Las Socorristas en Red «*Socorro Rosa*», son activistas feministas, que acompañan el desarrollo de la práctica del aborto con misoprostol. «*Las socorristas*» han conformado desde el año 2012 una red de mujeres y espacios organizados que realizan consejerías y acompañamientos a mujeres que han decidido abortar.

Esta práctica proporciona información y contiene a quien la solicita tanto por teléfono como físicamente en caso de pedirlo. Se realiza de manera cada vez más extendida y desarrollada, ha favorecido al conocimiento de las múltiples situaciones por las que atraviesan las mujeres que deciden abortar, así como facilitó el acceso efectivo a la práctica del aborto con medicamentos (Socorristas en Red, feministas que abortamos, 2013).

La Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, se conformó a mediados del 2014, es un espacio auto convocado de profesionales, que a partir de su práctica en salud pública y/o comunitaria, se encuentran con mujeres que abortan y es desde esa práctica que se aglutinan como parte de la red, para contribuir con información a facilitar el acceso a la práctica del aborto con misoprostol o AMEU La red surge a partir de la convocatoria que hacen profesionales que venían militando en la Campaña Nacional por el Derecho al aborto. La red tiene un espacio de encuentro virtual y otro presencial, en el mismo se producen intercambios acerca de recursos humanos y materiales disponibles en diferentes ciudades y/o provincias de nuestro país, se realizan «derivaciones», se comparten documentos de estudios, dudas, sugerencias y criterios para la atención, por mencionar los más frecuentes.

Desde la red se han diseñado estrategias para hacer visible la práctica y ubicarla como parte de la atención diaria de los profesionales de salud en sus respectivos centros y hospitales de salud nacional, provincial o municipal.

Fue el 28 de septiembre del 2014, en el marco de la conmemoración del día latinoamericano por la despenalización y legalización del aborto³⁷ que se realiza el primer encuentro en la Cámara de Diputados de la Nación. Podríamos ubicar el inicio de esta red, a partir del encuentro de profesionales en el espacio de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito; conformando un espacio propio en donde compartir prácticas, dificultades, obstáculos y avances con los que se encuentran los profesionales del sistema de salud pública, en el desarrollo de estrategias que faciliten el acceso al aborto con medicamentos y AMEU. Recordemos que desde el año 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió el fallo conocido como FAL s/ medida autosatisfactiva. Este fallo dio lugar a protocolos de aborto no punibles. Algunas provincias habían adherido a los protocolos (ver capítulo 2) incorporando de esa manera la práctica del aborto en los hospitales públicos según lo establecen los procedimientos definidos.

En este espacio confluyen diferentes profesionales, médicos/as, enfermeras/os, trabajadores/as sociales, psicólogas/os, administrativos de todo el país, que se encuentran en el sistema de salud pública, sea municipal, provincial o nacional y que facilitan el acceso a la información y la atención de mujeres que deciden interrumpir el embarazo. Los profesionales aquí reunidos están preocupados, por avanzar en discusiones y propuestas que permitan contener y convocar a quienes están involucrados con la práctica de los abortos no punibles, los abortos seguros, los abortos con misoprostol.

Este espacio de existencia continua e ininterrumpidamente, fue ampliándose en reuniones nacionales, regionales, instancias de formación y capacitación, así como también fue ampliándose la definición de estrategias para mejorar el acceso a un derecho como lo son los abortos permitidos por la ley.

Desde la Red, a lo largo de estos 3 años de existencia, se han realizado reuniones nacionales y regionales de formación y capacitación. En las instancias de encuentro se compartieron modalidades de intervención, diseño y desarrollo de criterios para la atención de mujeres; modalidad de registro, marcos normativos y

³⁷ En 1990, en el Taller sobre Aborto que se realizó en el V Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe realizado en San Bernardo, Argentina del 18 al 24 de noviembre, se acordó declarar el día 28 de septiembre como Día por el Derecho al Aborto de las Mujeres de América Latina y del Caribe. De esta manera se recuerda la declaración de libertad de vientres para los hijos/as de las esclavas, sancionada en 1888 en Brasil.

normas relacionadas con la práctica médica. En las capacitaciones se priorizó la formación en aborto, aborto no punible, aborto con medicamentos, marco legal, registro en las historias clínicas, entre otros, así como el diseño y acuerdo de estrategias que permitieran visibilizar esta práctica en el sistema de salud pública.

Desde el ámbito oficial del Ministerio de Salud de la Nación se inaugura la Línea telefónica Salud Sexual (0800-222-3444), esta línea es atendida por personal capacitado desde este organismo, proporcionando información sobre salud sexual y reproductiva

Estas experiencias, organizativas y colectivas expresan de alguna manera cambios en la circulación de prácticas y saberes que tienen las mujeres respecto de cómo realizarse un aborto con misoprostol.

CAPÍTULO 4: DECIDIMOS SER PARTE DE LA SOLUCIÓN Y NO DEL PROBLEMA

En este capítulo recupero las voces de los/as profesionales que «asesoran» en aborto con misoprostol. Reconstruyo el quehacer del equipo de salud que realiza los asesoramientos y/o las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva en un Centro de Salud de la Ciudad de Córdoba.

Retomo las narrativas de las acciones que realizan los profesionales del equipo de salud, en torno a lo que denominan «asesoramiento». El proporcionar información, realizar diagnóstico de embarazo, escuchar a quien plantea la posibilidad de abortar y acompañar el proceso de acceso al aborto con pastilla, es parte de las acciones que los/as profesionales realizan desde un marco teórico, ético y político de cómo se entiende el acceso a la salud pública en relación al aborto.

La información que proporcionan sobre aborto con misoprostol, es parte de las prestaciones sanitarias que este centro de salud realiza en el marco de la atención primaria de salud, según lo establecen la Organización Mundial de la Salud y las normativas y legislaciones vigentes en nuestro país.

Usaré las denominaciones de aborto con pastillas, con misoprostol o medicamentos, porque así refieren los profesionales de la salud y la bibliografía consultada, habiendo realizado la distinción de lo que significan los mismos en la página 58.

El equipo de salud a partir de compartir conocimientos y saberes en relación a los derechos y la atención en salud, desarrolló prácticas que promueven la información, la disminución de riesgo y daño para la salud de las mujeres que deciden llevar adelante un aborto. Mis años de trabajo en articulación con profesionales de organizaciones y redes de mujeres, de equipos de salud, de diferentes Centros de Salud municipal o provincial, como así también, los testimonios de las mujeres y profesionales entrevistadas; permiten afirmar que las prestaciones de salud se desarrollan en un marco de calidad, promoción y atención a la salud de las mujeres.

Dedico un apartado a los miedos que viven las/os profesionales de salud y las mujeres, comparten miedos que los desencadenan situaciones diferentes, pero que hacen a una práctica oculta que aún no se instala totalmente como legal y legítima.

Las organizaciones feministas, de mujeres y los equipos de salud de otras dependencias públicas existentes en la ciudad de Córdoba, reconocen a este equipo entre otros, como aquel que atiende en salud sexual y reproductiva, proporcionan-

do, información sobre aborto con misoprostol a las mujeres que así lo solicitan. Recuperó el lugar e importancia de la existencia de las redes de atención y derivación de mujeres que han decidido abortar.

4.1 Hicimos un montón de trabajo previo

En el año 2004, la/el trabajador social fue quién dio el puntapié para dar inicio al espacio de las «Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva».

Inicialmente el equipo dedicado a las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva,³⁸ estuvo conformado por un/a trabajador/a Social, un/a médico/a y un/a administrativo/a. A lo largo de los más de 10 años que realizan las consejerías en salud sexual y reproductiva, el equipo se fue ampliando con el ingreso de otros/as profesionales de la salud, como enfermeras/os.

Facilitar la información y el acceso a los métodos anticonceptivos, reflexionar sobre sexualidades, embarazos, violencia de género y derechos humanos, fueron parte de las acciones desarrolladas por el equipo de salud para dar contenido a las Consejerías, establecidas por la ley 25.673, que crea el Programa Nacional en Salud Sexual y Procreación Responsable.

*Hicimos un montón de trabajo para que la mujer pueda acceder con mayor facilidad a los métodos anticonceptivos, trabajamos con la pastilla del día después, la anticoncepción de emergencia y empezaron a llegar mujeres también que planteaban el tema...
(administrativo/a).*

El equipo de salud desarrolla múltiples acciones, que facilitan el acercamiento de las mujeres a diferentes actividades de prevención y promoción de la salud y en particular de los derechos sexuales y reproductivos. Realizan campañas de sensibilización en fechas de conmemoración consideradas claves para el reconocimiento de derechos y problemáticas, que afectan especialmente a las niñas, jóvenes y mujeres.

³⁸ El Nombre de consejerías en salud sexual y reproductiva es el que le asignan en el centro de salud, también lo llaman «Consejerías», al espacio que asesora en derechos sexuales y reproductivos. En otros espacios de salud pública podemos encontrarla con el nombre de «Consultorios de Planificación Familiar» Consejería en Derechos Sexuales y Reproductivos, Consejería en Pre y Post Aborto. La ley 25673, que crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable las denomina «Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva».

Las organizaciones feministas y de mujeres, reconocen al 8 de marzo, 28 de mayo, 28 de septiembre, 25 de noviembre,³⁹ como aquellas fechas que han permitido sensibilizar sobre derechos vulnerados a la vez que instalar en el espacio público demandas y reclamos. Según los registros de las observaciones realizadas, en el centro de salud se colocan cartelera con información clara y oportuna, se promueven charlas, espacios grupales y consejerías individuales, con información múltiple y diversa sobre derechos de las mujeres.⁴⁰

Empezaron a llegar por el tema... por la confianza y por haber tenido esta apertura (administrativo/a).

Fue muy solapado al principio (médico/a).

La doctora me había dicho muchas veces que tenía que venir a verla, que me tenía que cuidar, me escribía (muestra el celular) y me decía te estoy esperando (B).

El tema por el que empezaron a llegar las mujeres, fue la solicitud de información sobre aborto. La existencia de un espacio sobre salud sexual y reproductiva, donde prima la escucha, y calidad de atención, el respeto a los derechos de las mujeres, permitió dar lugar a una demanda que aún no había entrado en el centro del debate de salud pública.

A pesar del trabajo previo, de prevención de embarazos no deseados, estos igualmente ocurren, tal lo expresan estudios relevados, por ello el equipo se dispuso a dar atención a la demanda dentro de los marcos establecidos por ley. Los profesionales del centro cuidan a las mujeres y desarrollan estrategias diversas para atender a los derechos sexuales y (no) reproductivos.

La diversidad de nombres y modalidades que desarrolló el espacio, ha variado con el tiempo. Las diferentes concepciones teóricas, éticas, políticas y de salud, son las que han incidido en tales transformaciones.

Los profesionales de este centro de salud recuperaron la experiencia de los médicos uruguayos que desde 2004, por normativa del Ministerio de Salud, dan información sobre salud reproductiva incluido el misoprostol, «En el año 2001 los médicos de la Maternidad Pereira Rossell de Montevideo, elaboraron las Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, que en el 2004,

³⁹ 8 de marzo «Día Internacional de la Mujer», 28 de mayo «Día de acción por la salud de las mujeres», 28 de septiembre «Día por la despenalización y legalización del aborto en América Latina» 25 de noviembre «Día Internacional de lucha por la no violencia hacia las mujeres».

⁴⁰ Las observaciones se realizaron desde marzo a septiembre 2015. En diferentes días y horarios.

aprobadas por el Ministerio de Salud Pública se convirtieron en medidas de Protección Materna frente al Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, conocidas como Normativas» (Vasallo, 2005: 82).

Las consejerías que adquirieron la modalidad individual o grupal, involucraron no solo médicos o médicas, sino a otros miembros del equipo de salud.

Así que vienen y nos preguntan porque saben que uno no las va a tratar mal (S).

Ella (madre) me acompañó a la doctora de acá y me ayudo, es una doctora muy buena (B).

La doctora te entiende, te escucha, te dice todo como va a ser, te ayuda (V).

El «buen trato» está en la base de la atención en este centro de salud tal lo descrito en el capítulo 3. En el mismo se desarrollan las recomendaciones establecidas por el documento de trabajo «Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación» en las que se propone generar espacios con información adecuada, oportuna, clara, en donde la privacidad, escucha, respeto y confidencialidad de cada persona esté presente (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

La atención de calidad y la confidencialidad es una constante que han mantenido como equipo de salud a lo largo del tiempo. La ley (26529) de «Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud» en su articulado plantea asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria, interconsulta médica. En el Art 2 dice «Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente, debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley» (Ley 26529, 2009).

Los y las trabajadores/as de la salud, han desarrollado acciones de promoción de derechos en salud o prevención de situaciones que complican la salud de las personas. Las diversas estrategias se realizan dentro de los parámetros definidos por las mencionadas legislaciones, así como se resguardan los registros con datos que son confidenciales, comparten los datos de los/as pacientes en

espacios resguardados, desarrollan espacios de atención individual en consultorio, talleres sobre métodos anticonceptivos, grupos de atención y seguimiento de embarazos, seguimiento a mujeres que demandan información sobre aborto y/o métodos anticonceptivos.

En este centro de salud se fueron instalando determinadas «maneras de hacer», al decir de De Certeau, que tuvieron como base, la escucha, el respeto y el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos. Un espacio de salud pública, que proporciona información sobre aborto con medicamentos y la instituye como parte de las prestaciones del servicio de salud pública. La información sobre aborto se hace efectiva como práctica de salud, dentro de los marcos legales y los estándares éticos de la atención primaria en salud.

4.2 Vengo por un asesoramiento

Vengo por el asesoramiento (B).

Necesito un asesoramiento (V).

Palabras de las mujeres que llegan al Centro de Salud n° X. Así lo nombran también los profesionales, aunque estos últimos también los refieren como consejerías, consejerías sobre aborto con pastillas, en el marco de las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva.

A partir de la muerte de una o dos mujeres por aborto, decidimos ser parte de la solución y no del problema (equipo).

Así define las razones el equipo de salud, al dar inicio la atención a la demanda de información sobre aborto con pastillas que realizan las mujeres, en este centro de salud pública.

Coincidentemente con estudios realizados por Vázquez y Gutiérrez en un servicio de adolescentes del Hospital Argerich sobre el uso de misoprostol señalan «una tendencia creciente de recursos al aborto medicamentosos en los últimos 4 años en sectores de la población que habitualmente acuden a métodos riesgosos como las agujas, los tallos de perejil, las sondas, etc. y muy especialmente difundido entre las adolescentes» (Vasallo, 2005: 81).

El «Asesoramiento» es el espacio que se configura para atender la consulta sobre interrupción del embarazo. En el mismo se les proporciona información sobre aborto seguro para la vida y la salud de las mujeres. Los/as profesionales

refieren de manera indistinta a interrupción del embarazo o aborto, por ello en este apartado lo recupero de ambas maneras.

Acceder a información sobre cómo realizarse un aborto, se expresa como una necesidad para algunas mujeres. Las mismas llegan al centro de salud y realizan el pedido sobre asesoramiento al administrativo/a o al profesional médico/a presente en la institución, solicitando una consulta como parte de una práctica en salud.

Queremos que la consulta sobre aborto, no reciba un trato diferente, sino que bueno es como otra consulta, (administrativa/o).

La consulta se realiza en consultorio, con el marco que otorga el secreto profesional, al igual que otras consultas de salud. Se informa a las mujeres las diversas formas de interrumpir un embarazo, las posibilidades y dificultades de cada uno de los diferentes métodos para realizarse un aborto: «método quirúrgico, aspiración al vacío, (AMEU) dilatación y curetaje, y la dilatación y evacuación); método médico que es el que incluye medicamentos o drogas farmacológicas» (OMS, 2003: 22).

En relación al aborto con pastillas, los profesionales explican el proceso de colocación de pastillas y de expulsión del producto del embarazo, tomando en cuenta que las mujeres comprendan lo que se les dice, haciéndoles preguntas sobre lo mencionado, que permitan constatar que la misma entendió, así relatan los profesionales y las mujeres en relación a como reciben la información en la consulta.

La información que proporcionan los profesionales, se encuentra dentro de los marcos legales y los protocolos aprobados por la OMS y en la Argentina.

4.3 Me escuchó la doctora y me dijo cómo iba a ser todo

Los/as profesionales atienden a las mujeres con el turno asignado para consulta, se les solicita la ecografía, que determina el tiempo de gestación y luego una ecografía post aborto. Se le proporcionan datos de contactos por si fuera necesario apoyar desde la escucha y se la controla antes de la semana de finalizado el aborto, de esta manera se favorece el acceso a un cuidado integral de la salud de la mujer.

Las ecografías se realizan en un centro de imágenes próximo al barrio, en donde los profesionales consideran que allí *las tratan bien a las mujeres (medica/o)*. Cada una de las instancias que requiere el proceso del aborto con misoprostol es cuidado y pensado para facilitar el acceso en tiempo; pero también en forma,

procurando que sean espacios cuidados y respetuosos de las personas; lo que es producto de un tiempo dedicado a mejorar la atención de esta práctica.

Las mujeres que continúan con la decisión de interrumpir el embarazo regresan al centro de salud con la ecografía solicitada. En ese momento les explican nuevamente sobre las dosis de pastillas a tomar, cuándo, dónde y cuáles deberían ser las alertas para recurrir a una nueva consulta. Se acuerda con ellas un nuevo encuentro para realizar lo que denominan el post aborto.

Ella (doctora) me dijo todo... cuando tenía que tomarlas cómo, la cantidad, me explico clarito, yo sabía todo lo que iba a pasar (B).

Esta afirmación se reitera en los testimonios de las mujeres que recurren al centro en busca de la «experta», de un/a profesional/es que les proporcione información y conocimientos certeros para la realización de la práctica del aborto seguro. Los/as profesionales escuchan y asesoran acerca de las alternativas para la práctica de un aborto con menos riesgo y daño para su salud.

Las mujeres expresan que requieren de los saberes de los profesionales de salud para realizar la práctica del aborto; contar con información sobre qué pastilla, qué dosis usar, cómo y cuándo hacerlo, asesorarse sobre lo que les puede ocurrir, cómo se sucede ese proceso, son los requerimientos que demandan a los profesionales.

«La información debe ser completa, precisa y fácil de comprender, debe brindarse de manera tal que respete la privacidad y confidencialidad de la mujer» (OMS, 2003: 26). Los/as profesionales responden a las preguntas que las pacientes realizan, dan cuenta de los pasos a seguir a las mujeres que lo solicitan y que toman la decisión de interrumpir el embarazo, tal como lo describo en el capítulo 5. Las mujeres que deciden continuar con el embarazo regresan a la consulta sobre el mismo.

En el centro de salud sobre el cual estamos dando cuenta, al menos 6 miembros del equipo de salud vienen desarrollando sus prácticas en torno al asesoramiento, se han involucrado activamente en las acciones descritas. A los relatos de las mujeres atendidas, y al de las/os profesionales, he adicionado mis múltiples instancias de observación, lo que me permite aseverar que este circuito de atención ha sido realizado desde una actitud de escucha y atención a demandas que las mujeres realizan, desarrollando una práctica con enfoque en derechos humanos.

Es posible reafirmar como lo plantean Checa y Rosenberg que «las mujeres recurren al hospital en situación de sufrimiento, inseguridad y angustia, en búsqueda de alivio, contención y cuidados» (Checa, S; Rosenberg, M, 1996: 97). Las entrevistadas reconocen ser cuidadas y escuchadas por el equipo, aunque no todas llegan con angustia y sufrimiento, pero sí expresan que el contacto con las/os profesionales les dio alivio y seguridad.

Es la escucha a las mujeres lo que se prioriza en el espacio, se reconoce a la otra, su autonomía y capacidad para decidir como sujeto. No se informa sobre lo que las mujeres no preguntan y no es estrictamente necesario para la práctica, no preguntan sobre lo que no quieren o no pueden hablar en ese momento. Las mujeres no deben dar cuenta en la solicitud de la práctica, sobre las razones de la misma.

La parte que a mí me toca que es de recibir... que te cuenten hasta ahí nomás lo que te quieran contar, simplemente como otra consulta más, porque no es la idea por ahí que tengan que venir a exponerse sino una consulta más (administrativa/o).

Yo le dije a mi mamá lo que quería hacer, ella me dijo voy con la doctora, ...la doctora dijo que ella quería verme y hablar conmigo (B).

Me entendieron muy bien, me escuchó la doctora y me dijo que podía tomar y como iba a ser todo... igual que ahora, esa vez (1 aborto) salió todo bien, estaba asustada al principio, pero después fue un alivio (B).

Todos los testimonios recogidos, indican que las mujeres llegan a los profesionales con decisiones pensadas y con ciertos conocimientos sobre la práctica del aborto con misoprostol, conocimientos que requieren ser ampliados, completados y/o precisados para que las mujeres puedan instrumentalizar la decisión.

La OMS plantea que «los profesionales de la salud de la comunidad juegan un rol importante para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, a través de la información y provisión de anticonceptivos, explicándoles las consecuencias del aborto inseguro. También deben estar capacitados para informar a las mujeres sobre cómo realizar un aborto sin riesgo y legal sin retrasos indebidos; y para derivar aquellas con complicaciones producidas por un aborto inseguro para su tratamiento adecuado» (OMS, 2003: 59).

Las/os profesionales de este centro responden a lo expresado por la OMS en el párrafo anterior y al llamado que realiza cuando dice que «deben entender y aplicar las leyes nacionales relacionadas al aborto y contribuir al desarrollo de regulaciones, políticas y protocolos para asegurar el acceso a servicios de calidad en toda la extensión permitida por la ley y respetando el derecho de la mujer a un trato humano y confidencial» (OMS, 2003: 15).

Yo pensé que la doctora no iba a querer, me daba vergüenza, no quería verla porque pensé que me iba a retar, pero no, me explicó y todo bien... (B).

Si, estaba muy tranquila porque sabía lo que me iba a pasar y por cualquier cosa sabía a quién ir (C.).

Los procesos de atención en salud en este espacio llevan más de 10 años instalando prácticas de respeto y atención a los derechos sexuales y reproductivos, propiciando maneras de hacer desde las que se establecen vínculos respetuosos con las otras personas. «Estas prácticas ponen en juego una ratio "popular", una manera de pensar investida de una manera de actuar, un arte de combinar indisociable de un arte de utilizar» (De Certeau, Michel, 2007: 45); por lo cual, puedo deducir, que se piensa y actúa en una dirección indisociable.

Las/os profesionales de este Centro de Salud dan cuenta de las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud realiza en relación a que «El asesoramiento debe ser voluntario, confidencial y debe brindarlo una persona capacitada» (OMS, 2003: 26. Este centro de salud junto a otros Centro de Salud pública de la provincia de Córdoba y Argentina, desarrollan prácticas similares encuadradas dentro de las recomendaciones establecidas por este organismo, según lo expresado en las reuniones de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

4.4 La contraseña: Asesorar

Al iniciar el espacio de las consejerías en salud sexual y reproductiva, la consulta para información sobre aborto, no era «asesoramiento» ni «consejería», tenía solo el nombre de un/a profesional. Era la «contraseña» que indicaba que podían hablar de «eso», así se nombraba la demanda de información sobre aborto con pastillas, así se lo sigue «nombrando» a veces.

Las mujeres preguntaban está el/la doctor/a M. yo le decía no, pero te puedo dar turno con otro/a y ella me decía no, tiene que ser con la/el doctor/a M, entonces yo ya sabía que era por eso, ni siquiera me decían nada a mí, pero si me decían tiene que ser con el/la doctor/a... Después pasaban y era por eso (administrativa.).

Se nombraba a la práctica de solicitud de información sobre aborto, con el nombre de pila del profesional, apelando a una cuestión personal, íntima, secreta, tal como es la práctica del aborto. Saben que es ese el/la profesional que podrá esclarecer lo que requieren para llevar adelante la práctica, así como saben que ese/a profesional hace del secreto profesional, una práctica ante la consulta sobre aborto.

La OMS plantea en relación a los servicios de salud que «los proveedores tienen el deber de proteger la información de la paciente y no divulgarla sin autorización» (OMS, 2003: 68). Las/os profesionales de este centro de salud, respetan el secreto profesional, frente a la práctica del aborto. La misma es posible porque las/os profesionales así lo sostienen, y porque se han construidos vínculos y relaciones de confianza y respeto entre los/as miembros/as del equipo de salud y las mujeres que buscan el asesoramiento.

Los vínculos de confianza y respeto mutuo, han favorecido las condiciones que garantizan el acceso a una demanda que no es entendida, como legal y legítima en todos los Centros de Salud, aunque si se hace necesario notar que es un tipo de práctica que ha crecido no solo en la ciudad de Córdoba y los Centros de Salud municipal, sino en otros espacios de salud pública en Argentina.

Asesoramiento lo nomina la Organización Mundial de la Salud. Asesorar es un término que refiere a dar consejo, información, proporcionar elementos sobre algo. Ese algo en esta práctica refiere a aborto, pero sin nombrarse.

Asesoramiento a secas, es la demanda que reciben los profesionales, no se nombra a continuación de «asesoramiento» la palabra aborto o interrupción del embarazo, aun cuando ya han transcurrido 10 años de existencia del espacio que atiende esta demanda de salud.

Tal lo expresado en el capítulo 2, Paulo Freire habla del saber hecho de experiencia, el que se construye en la práctica, y coloca la tensión entre la ignorancia y el saber. Adelanta a través de este planteo que de alguna manera se trata de colocar en tensión la teoría y la práctica.

La teoría y la práctica feminista habla de la necesidad de nombrar para existir, aquí se da la existencia de una práctica que aún tiene dificultades para ser nombradas tal cual es la práctica misma.

Los saberes se construyen en relación con otras y otros, a través de diálogos de saberes diferentes, generados en la puesta en acto de las prácticas cotidianas, se construyen otros saberes y rediseñan maneras de hacer y de saber. La práctica construida por mujeres que concurren al centro de salud y profesionales que la atienden, permitió hacer posible la existencia de una práctica instalada en el espacio de la salud pública.

4.5 ¿Lo que no se nombra no existe?

¿Por qué no se nombra como asesoramiento en aborto?, a pesar de los avances legales,⁴¹ normativos, conceptuales y de definiciones de prácticas, y de maneras de hacer, no se nombra, lo que socialmente no está habilitado y/o reconocido para ser nombrado. No se nombra lo que se supone prohibido, como parte de una práctica oculta, no legítima en el sistema de salud público.

A lo largo de las entrevistas que realicé, una de las mujeres nunca en su relato nombró la palabra aborto, 3 de las otras mujeres solo la nombraron 2 veces cada una y una de ellas la utilizó 6 veces en el relato que compartió. Los/as profesionales del equipo lo hacen 7 veces.

Las dificultades para hablar, nombrar aborto se presentan tanto en los profesionales como en las mujeres que refieren solo a asesoramiento. El feminismo tiene entre sus premisas *lo que no se nombra no existe*, el aborto existe y es parte de la vida de las mujeres desde tiempos inmemorables. Aún resta poder nombrarlo con naturalidad para que sea reconocido como tal. Es cierto que se avanzó al reconocerlo como práctica de salud pública, si bien es reciente, comienza a instalarse dentro del sistema de salud como un procedimiento demandado por las mujeres.

Dora Barrancos trae el registro de como las parteras publicaban en los diarios locales durante la década de 1920, avisos clasificados en el que daban cuenta de la realización de partos y abortos, ese registro en clave, que requiere de interpretación, coloca en el espacio de lo público una práctica privada y oculta.

⁴¹ El código Penal Argentino dice en el art 86 que un aborto no es punible cuando «se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios» o si «el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente».

La práctica del aborto, como a comienzo del siglo XX, se ubica en la delicada tensión entre la esfera de lo privado y lo público. Lo privado porque es una decisión de las mujeres que llevan adelante esa intervención en su cuerpo, una práctica que ocurre en el ámbito íntimo y personal. Público porque como a inicios del siglo pasado, en la que se difundía en los periódicos en clave de «atención de embarazo» ahora se solicita en los espacios de salud pública. Se avanza en el reconocimiento de la legitimidad y la legalidad de la práctica del aborto, pero aún dista de un total reconocimiento en el espacio público.

No se nombre con la palabra aborto, pero existe bajo la denominación de «asesoramiento», se recuperan otras denominaciones que permiten la apropiación y ejercicio de una práctica y un derecho. Práctica que se instala en una institución pública de salud que permite repensar desde ese lugar políticas públicas que faciliten el acceso y las respuestas a una demanda.

Las mujeres solicitan el «asesoramiento» y los profesionales responden a esta demanda dentro del marco legal, ético y teórico de las normativas vigentes desde el Ministerio de Salud de la Nación. Lo que estamos describiendo es una práctica que se instaló en este centro y otros 19 centros de salud de la ciudad de Córdoba.⁴²

Esta experiencia muestra que la práctica en relación a la información sobre aborto es menos clandestina y más institucional, de lo que era hace 12 años cuando Rovetto decía «La contingencia del aborto es una práctica que sucede de forma clandestina y deja a la intemperie el derecho a la salud, a la sexualidad y a la autonomía de todas las mujeres» (Chaneton J, Vacarezza N.;, 2011). La clandestinidad y la intemperie en parte continúan, pero se abren espacios de salud pública en donde concurren las mujeres, en especial aquellas más vulnerables, quienes son reconocidas como sujetas de derechos.

El Centro de Salud seleccionado para esta tesis, constituye un caso, que nos permite afirmar que la práctica en relación a la información y orientación para abortos con medicamentos ha ido perdiendo el carácter clandestino y ganando legitimidad o al menos, la no censura y persecución en la mayoría de los casos.

Se hace necesario remarcar que es una práctica menos oculta y clandestina de lo que era en el siglo pasado, aunque se la nombre con el nombre del profesional o de manera general como «asesoramiento», nombre que las mujeres reconocen para solicitar el aborto. En el siglo pasado se desarrollaba en los círculos de

⁴² Según registro de la Red de Profesionales por el Derechos a Decidir en reunión en agosto de 2016.

mujeres y parteras, hoy se desarrolla con el asesoramiento y acompañamiento en espacio de salud pública con profesionales de salud.

4.6 ¿Esto fue un aborto provocado o fue un aborto espontáneo?

La OMS, recomienda a los sistemas de salud, que en la medida que lo permita la ley, todas las mujeres deben contar con servicios para un aborto sin riesgos, accesibles y disponibles fácilmente. «Esto significa que los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistemas de derivación implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel superior» (OMS, 2011).

En el año 2012 la Corte Suprema de justicia, realizó una interpretación sobre aspectos que resultaban de discusión y controversiales por quienes interpretaban el art 86 del Código Penal Argentino. Los avances en términos legales e interpretativos como lo constituye el Fallo FAL s/ medida autosatisfactiva⁴³ y las recomendaciones de la OMS, no han logrado aún revertir las dificultades en término de reconocimiento público, para ser nombrada y habilitada como una práctica legal.

Quienes llevan/llevaban adelante la práctica del aborto, en general médicos/as o profesionales de la salud, entienden/entendían que debían dar parte a la justicia para solicitar autorización para la misma. El fallo avanzó en otorgar claridad sobre los abortos legales y no punibles, no obstante, ello se presentaron numerosas limitaciones y obstáculos para hacer efectiva esta definición.

Recuerdo una paciente (hace como 15 años) que llega con un aborto que estaba incompleto y una de mis compañeras, sin ningún tacto y no sé con qué objeto, le pregunto a la doctora con la paciente ahí, ¿esto fue un aborto provocado o fue un aborto espontáneo?; y a vos que te parece le dice la médica, totalmente mal gestada y desde el principio maltratándola y dejándola para el ultimo, que se cague de dolor total; y a vos que te parece, mirala, mirala, no debe ser la primera vez que le pasan estas cosas (medica/o).

Relatos como este aún se suscitan y presentan en el marco de la salud pública frente a la práctica del aborto, comentarios que solo aportan al necesario regis-

⁴³ Fallo F.A.L. s/medida autosatisfactiva, ver capítulo 2.

tro de la violencia contra la libertad reproductiva,⁴⁴ aún con escasas acciones de reconocimiento y legitimidad. El/la profesional se pregunta «¿Qué aporta a la terapéutica de la paciente estos comentarios que estamos haciendo?» (médica/o), pregunta que reconoce la violencia que se instala en la atención en salud.

Se ha avanzado en términos discursivos y de prácticas en relación a los abortos, en particular a partir del reconocimiento de los abortos no punibles,⁴⁵ exponiendo en la esfera pública las maneras de hacer. Se aclara lo expresado en el art 86 del Código Penal, así como el reconocimiento de los mismos como práctica de salud pública.

El Estado está presente en un servicio de Salud Pública, a través de los profesionales que dan cumplimiento a los marcos normativos existentes, en este caso el que le otorga ley 25673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Protocolo de Abortos No Punibles. Si bien el protocolo se encuentra suspendido en la provincia de Córdoba, no es así a nivel nacional. El mismo es tomando como marco legal y de recomendaciones.

La suspensión de la aplicación del protocolo de la provincia de Córdoba, no impide la aplicación del protocolo aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación. En Córdoba se debería dar cumplimiento a lo planteado por el Fallo de la Corte Suprema de Justicia en la interpretación que realizan del Código Penal, en lo expresado por el art 86, normativa que tiene 100 años de vigencia. El cumplir con lo dicho por la Corte y por el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo, hace posible el acceso al aborto como práctica de salud, en instituciones de salud pública.

El enfoque de derechos humanos, propone para la elaboración, planificación y evaluación de políticas públicas, reconocer que los/as sujetos/as no son meros/as beneficiarios/as de políticas de asistencia, sino sujetos/as autónomos/as cuyo estatus de titulares de derechos obliga a los Estados a escuchar y atender sus demandas (Abramovich y Pautassi, 2006).

El desarrollo del protocolo de aborto no punible aprobado en 2007 y publicado por el Ministerio de Salud de la Nación, da cuenta de un avance en el reconocimiento de derechos vigentes desde 1921, y con enfoque de derechos, aun cuando no se aplica en todas las jurisdicciones del país.

⁴⁴ Según lo define la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. (26.485) Argentina. 2009.

⁴⁵ Aborto no punible aquel que está dentro de los marcos legales del artículo 86 inc. 1 y 2.

4.7 Da un poco de miedo

El miedo es un sentimiento, sensación que está presente tanto en los relatos de las mujeres como el de los/as profesionales. Miedos que tienen expresiones diferentes según sean unos/as u otras/os.

En los profesionales los miedos se expresan en las dificultades para nombrar la práctica del aborto como tal, así como para registrar. En ellos/as el miedo a ser descubierta/o y delatada/o, es el que se expresa con mayor claridad. Se impone dejar las menores huellas posibles, se evita nombrar y dar cuenta de cómo y a quién se asesora, si bien se ha iniciado una revisión con respecto al registro aún (2015) no se lo hace de manera pública como otra práctica.

Miedo por realizar una práctica que aún no se constituye totalmente como legal y legítima, a pesar de la existencia en el espacio del Centro Salud desde hace más de una década, tal como lo mencionáramos la práctica que realizan está dentro de los marcos legales, aunque esta no goza del respeto ni del reconocimiento social e institucional que si tienen otras prácticas en salud.

Yo tenía en la historia clínica todo registrado, con unos papelitos sueltos adentro de mi carpeta grande, que los llevaba y los traía, no tenía un cuaderno porque viste con todo esto que pasó ...yo dije no voy a tener un cuaderno con un registro solo para esto, porque da un poco de miedo (medica/o.)

El registrar la práctica da un poco de miedo al decir de las/os profesionales, el no registrarla deja planteado lo oculto y limitado en que aún se constituye la misma. Así de contradictorio se presenta en la realidad de quienes llevan a delante los asesoramientos. El registro se realiza en «papelitos sueltos», que se ocultan, se llevan y traen como una extensión de las personas que realizan el asesoramiento, «bien guardado y ahí...» (médica/o) como se lo hace con una práctica que aún persiste como «prohibida» en algunas situaciones.

El no registro dentro de las fichas como cualquier otra práctica de salud habla de silenciar una intervención que todavía no se constituye como totalmente legítima dentro del sistema de salud. Este silencio en parte se comparte con las mujeres que también silencian en determinados espacios la práctica, quienes nombran la solicitud de información sobre aborto en clave de «asesoramiento», o el no haber registrado como tema de conversación en la sala de espera como si fueron las vacunas, los métodos anticonceptivos o la ligadura de trompas.

Dicen que si un aborto haces vas a la cárcel, así que tuve miedo eso y si participa otro, lo arrastras entonces también tuve miedo, entonces lo hago no lo hago, lo hago no lo hago, al último dije sí (V).

*Estaba asustada al principio, pero después fue un alivio (B).
...y me daba miedo toda la situación, era muy complicada. Entonces dije bueno... entonces ahí empecé a considerar tenerlo, y después dije... capaz que no es tan grave (F).
Miedo de arrepentirme a mitad de proceso, a que me pasara algo porque si bien eran bastante seguras (las pastillas) y las posibilidades de que te sucediera algo malo eran mínima (F).*

En las mujeres que abortan, el miedo opera como un condicionante para tomar la decisión de interrumpir un embarazo, miedo a que algo te ocurra en tu cuerpo o te cueste la vida, miedo a perder la libertad, a tomar una decisión equivocada por la connotación social que tiene.

Es el miedo el que lleva al ocultamiento y silenciamiento de la práctica, el que opera produciendo contradicciones, como condicionante de la misma práctica como mencionábamos, pero también como un habilitante para la realización tal como nos relata V. y F.

*Yo tengo mal de Chagas y me da miedo que alguien que uno de mis bebés tenga eso también, todas esas cosas a mí no me gustaría que ese bebé tuviera la misma sangre que yo llevo (V).
Bueno, basta de miedo, dejo de dar vueltas porque yo sé que es lo que quiero, aunque tenga miedo y que sea difícil, sé que tengo que hacerlo (F).*

El miedo no determina siempre la inhabilitación de la práctica, opera con un factor que la habilita tanto en el marco del equipo de profesionales de la salud como en la decisión que toman las mujeres.

El silencio se constituye en un indicio de subordinación. Las mujeres hacen algo en secreto/en privado –eso les está permitido– deben guardarlo en la intimidad; no debe tomar estado público.... La culpa –cuya contracara puede ser la censura social– se erige como el instrumento para evitar que tome estado público. La culpa

es entonces el instrumento de poder que mantiene a las mujeres aisladas –cada una con su(s) propio(s) aborto(s)– y sometidas: hicieron algo malo y deben pagarlo, ocultándolo (Rostagnol S, 2005: 9).

El miedo compartido entre mujeres y miembros del equipo de salud responde a lo oculto y «prohibido» de la práctica del aborto. A pesar de los miedos la práctica se instituye, se instala, se define y adquiere forma en el cuerpo de las mujeres.

4.8 El equipo está abierto a eso

Cuando la práctica tiene que ver con el aborto sigue asociada al «asesoramiento» o a los nombres de las/os profesionales que saben que lo realizan, no es cualquiera con el que quieren o con el que están dispuestas a hablar las mujeres, no es con todos/as los/as profesionales a quienes pueden solicitar el asesoramiento.

*Acá en realidad las/os que damos consejería somos ...el/ la otro/a
medico/a, y yo (médico/a).*

*No es con todos los profesionales a quienes pueden solicitar el
asesoramiento, no todos los profesionales hacen asesoramiento
(médica/o).*

Las/os profesionales que por diversas razones «no saben, no están de acuerdo, no quieren, no pueden» (*Prof.*), no atienden la consulta, derivan la demanda de la misma a quienes sí pueden hacerlo. No obstaculizan el acceso al derecho de esta práctica. Los profesionales que deciden no atender reconocen y respetan un espacio y una práctica que se ha instalado en el sistema público de salud.

Todos los miembros del equipo de salud reconocen a la práctica del «asesoramiento». Lo hacen a partir de derivar una consulta, o solicitar a otra profesional que atienda a determinada paciente, de esta manera se va instituyendo una práctica de salud dentro del sistema público.

*El equipo está abierto a eso, nos pasa que cuando hay alguien que
tiene esta inquietud, no se le dice: mira yo no te puedo ayudar, sino
que hay dos personas que podés hablar tal y cual (C.).*

Desde el año 2005 hasta el año 2015 el Ministerio de Salud de la Nación, fue revisando las guías/protocolos de atención al aborto no punibles, reconociendo las recomendaciones de la OMS, organismos internacionales y expertos en el tema. Se

recomendó instar a los equipos de salud a la realización de la práctica de abortos no punibles para atender a un grave problema de salud pública.

En el fallo de la Corte Suprema de Justicia,⁴⁶ se avanza en aclarar las condiciones descriptas en el art. 86 inc. 2 del Código Penal

[...] no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible»⁴⁷ (FAL s/ medidas autosatisfactiva, 2012).

Este fallo continua diciendo «La Corte advierte así que los Estados (nacional y provinciales) tienen obligaciones de respetar como así también de proteger... tiene que dejar de obstaculizar las prácticas de interrupción de embarazos mediante la exigencia de trámites (judiciales y/o administrativos) innecesarios; ... tiene que garantizar una interrupción del embarazo segura actuando en forma suficiente, accesible y rápida»⁴⁸ (Herrera M, Kemelmajer de Carlucci A, Lloveras N , 2015).

En el Centro de Salud, tomado como referencia, el abordaje interdisciplinario contribuye a posibilitar el acceso a la información y conocimientos sobre aborto con disminución de riesgo y daño para la salud de las mujeres. Los profesionales que por alguna de las razones descriptas en párrafos anteriores no «asesoran»; de igual modo se involucran derivando, y no, censurando, ni a las mujeres ni a los otros/as profesionales. Esta posición supone respeto hacia las miradas y saberes de cada uno/a de los profesionales respecto de esta práctica en salud. Lo que algunos/as profesionales no pueden hacer por no contar con los instrumentos o herramientas necesarias, sean estas del orden del conocimiento, políticas, éticas, religiosas o ideológicas, lo realizan otros/as profesionales, reconociendo y respetando las diferencias en la intervención.

La práctica del aborto con pastilla, presenta «diferentes maneras de marcar socialmente la diferencia producida en un dato a través de una práctica» (De Certeau, Michel, 2007: 18). Lo que para algunos profesionales es acompañar y contri-

⁴⁶ CSJN "F.A.L s/ Medida autosatisfactiva" y las particulares interpretaciones judiciales en el ámbito de este expediente. Considerando 4.

⁴⁷ CSJN Fallos F. 259. XLVI, 13 de marzo de 2012. Considerando 21.

⁴⁸ Herrera M, Kemelmajer de Carlucci A, Lloveras N (2015) Conf. "El Derecho a la Salud" pág. 132, 152 y ss. en: "Corte Suprema de Justicia de la Nación- Máximos Precedentes. Derecho de Familia" directoras. Tomo II- Ed. La Ley.

buir con el desarrollo de la práctica de acceso a información sobre aborto, en una decisión tomada por las mujeres, para otros/as profesionales es no interponerse, como una barrera infranqueable para el acceso a la práctica. No comparten la decisión tomada por las mujeres, pero no obstaculizan, ni limitan la decisión de efectivizar la práctica.

Las definiciones y precisiones en las maneras de intervenir, «maneras de hacer», al decir de De Certeau se producen en el hacer mismo, en el desarrollo de las prácticas nos encontramos con el reconocimiento y con los modos de hacer del equipo de salud.

4.9 Somos la puerta de entrada

Para las mujeres que viven en barrios periféricos de la ciudad, la puerta de entrada en el sistema de salud, lo constituyen los Centros de Atención Primaria de Salud.

La puerta de entrada a una práctica en salud, es considerada clave para el equipo de salud, ya que desde allí se habilita o limita el acceso de las personas al sistema de salud pública, más aún si la práctica se realiza dentro del sistema de Atención Primaria de Salud. Es considerada el eslabón inicial de la cadena de atención porque resuelve problemas de menores dificultades técnicas, a la vez que mantiene una articulación con una red de establecimientos de mayor complejidad en el territorio.

Vienen y nosotras ya sabemos que ella/os hacen asesoramiento, así que le decimos: «mira xx que va a venir tal persona, habla un rato con ella». Entonces es como una cadena, nosotras somos la puerta de entrada y ellas/os hacen el asesoramiento (K).

En las «maneras de hacer», está el acceso o no a la práctica del aborto con pastillas. Son los/as profesionales los/as que «asesoran», los/as que «informan», son los que «saben» sobre aspectos que hacen a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

El encuentro con quien las recibe en el centro de salud y la manera en que el mismo se establece, es desde un vínculo que algunas mujeres han construido por ser este un espacio de salud de referencia para ellas y sus familias. Para otras es un espacio al que llegan a buscar información, porque alguna otra mujer les dijo. El común denominador que emerge de los relatos, con todas, sean o no del

área programática del Centro de Salud,⁴⁹ es el buen trato, la escucha, y respuesta oportuna, a una demanda que aún no es posible realizar en todos los espacios de salud pública.

Tenemos un vínculo con los pacientes que no es asistencialista sino un vínculo más de confianza, hay muchas mujeres que no saben que acá pueden hablar de eso, pero lo mismo te lo dicen, yo tenía un atraso hice un test que me dio positivo y yo no quiero tener este bebé (C.).

La relación es de todas, una relación de confianza, de compañerismo, de empatía (C.).

Esta la idea de poder seguir después del pos, de repente los/as médicos/as no vienen porque hubo capacitación y viene una mujer con un sangrado, con alguna circunstancia, nosotras sabemos cómo se puede manejar, si la derivamos o no, si es normal el sangrado que tiene, entonces hay alguien que puede seguir (S.).

Cualquier cosa le preguntaba a ella, la podía llamar, no nunca me asusté... (C.).

El vínculo de las mujeres a las que entrevisté con el equipo de salud, es de confianza, escucha, aproximación, entendimiento; reconocido por el equipo como un aspecto a destacar porque favorece esta y otras prácticas de salud. Supone un esfuerzo colectivo y articulado para dar lugar a prácticas saludables y de calidad.

Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también las parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título, excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba mujeres sabias, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de

⁴⁹ El área programática en salud refiere a los barrios comprendidos para la atención de ese centro.

nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral (Ehrenreich B, English D., 1973: 4).

Las/os miembros del equipo plantean que no es un vínculo asistencialista, desde la caridad o la dádiva, sino un vínculo en donde son reconocidas como sujetos de derechos. Reconocimiento que está presente cuando las mujeres dicen que nadie les pregunta sobre lo que no deben inmiscuirse, que se preocupan por ellas y que hacen todo para que salga bien

Las buenas prácticas que el equipo de salud desarrolla con un embarazo, control de niño sano o vacunación, deberían ser parte de las buenas prácticas en salud sexual y reproductiva, incluido el aborto (medica/o).

Nunca pensé que me iban a atender así, son re buenas, te explican, te tienen paciencia (V).

Ella me hablaba, me mandaba mensaje, se preocupaba por cómo estaba todo (F).

Los miembros de este equipo de salud, comprenden que esta práctica no constituye un delito, no es punitiva, es una práctica de salud que asiste a las mujeres y a la autonomía que sobre su cuerpo tienen las mismas.

Es «práctica» lo que es decisivo «para una identidad de un usuario o un grupo, ya que esta identidad le permite ocupar su sitio en el tejido de relaciones sociales inscritas en el entorno» (De Certearu M, Giard L, Mayol P 1999: 8). Para el equipo de salud la práctica de provisión de información y saberes en torno al aborto con pastillas constituye una práctica que marca la intervención del mismo y le otorga una identidad, en terminos distintivos en relación a otros Centros de Atención Primaria de Salud.

¿Qué es lo que han internalizado, que ha permitido construir una matriz común que dé lugar a estas prácticas? Al decir de Bourdieu el habitus se constituye en matriz común de las prácticas de todos los agentes que han vivido e internalizado las mismas condiciones de existencia social ¿Cuáles son las condiciones de existencia social que comparten estos agentes?

Los/as miembros/as del equipo de salud, comparten el trabajo desde hace 10 años o más. Todas/os realizan sus prácticas desde el origen del ejercicio profesional en espacios de la salud pública. Las/os profesionales de salud se han espe-

cializado en la atención en salud y con amplia experiencia de trabajo en sectores de alta vulnerabilidad social.

Comparten un contexto de avances normativos y procedimentales, en la última década, en la que se instituyeron leyes, normativas, fallos jurídicos que permitieron ampliar y reconocer desde las instituciones públicas de salud los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en especial el aborto, aun con los límites expresados.

Las/os miembras/os del equipo de salud que atienden «asesoramientos» son mujeres, que desde el inicio de su desarrollo profesional compartieron los marcos teóricos de la atención primaria en salud, así como fueron parte de diversas y múltiples instancias de sensibilización y formación en derechos sexuales y (no) reproductivos. Como equipo han definido acciones de promoción de derechos y prevención en salud, así como han establecidos las diferentes instancias que hacen al desarrollo del asesoramiento.

Todas/os reconocen y valoran la experiencia y la práctica en los centros de atención primaria de salud por ser un espacio de encuentro con mujeres de sectores de pobreza, a quienes les deben atención de calidad. En la atención de calidad está presente el acceso a las prácticas de salud como parte de los derechos humanos.

En la concepción de las «prácticas» están presentes los conocimientos, saberes, marcos de referencias, representaciones y maneras de actuar, de hacer, que desarrollan las personas respecto del asesoramiento en aborto con pastillas. Mujeres y equipo de salud, se reconocen como parte de una relación de complicidad y respeto mutuo y necesario para hacer efectivo el acceso a información sobre aborto.

4.10 Como una red

Las y los trabajadores/as del Centro de Salud reconocen a los colectivos feministas y de mujeres organizadas, las «redes de mujeres», los grupos que capacitan en derechos, como los que han favorecidos la visibilización de la demanda, como aquellos que proporcionan herramientas para hacer accesible los derechos y favorecido el desarrollo del asesoramiento.

Josefina Brown, recupera en su trabajo sobre debates teóricos y políticos de los derechos sexuales y (no) reproductivos que «existe un mercado clandestino que procura cierta reducción de daños, por así decir, eso significa que existen re-

des informales que brindan información y asistencia sobre aborto medicamentoso, lo cual permite aun, en contexto de clandestinidad, disminuir las probabilidades de muerte» (Brown, J, 2014: 213). Reconociendo en este mismo trabajo a lo expresado en otras investigaciones que plantean lo avanzado por el estado a través de la difusión de guías y protocolos de atención. Lo que emerge de este trabajo de investigación es que las redes de mujeres, feministas, existen, son conocidas por las mujeres y se articulan con los equipos de salud que atienden a la demanda de aborto con pastillas, y se encuentran cada vez más expandidas y articuladas en la ciudad de Córdoba. Tal afirmación es posible según las observaciones y registro de las reuniones de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

Resulta interesante señalar que a 10 años del reconocimiento del aborto⁵⁰ como un problema de salud, desde el Ministerio de Salud de la Nación se reconocen las redes informales en convivencia con los espacios de salud pública. Se reconoce a las redes y otras organizaciones feministas y de mujeres, como las que contribuyeron a dar visibilidad a la necesidad de proporcionar información clara y adecuada sobre la demanda que realizan las mujeres para acceder a la práctica del aborto.

Mucho movimiento de mujeres en la zona, de un grupo de mujeres que hacíamos capacitaciones, así que muchas participábamos de esos encuentros, como capacitándonos, entonces como que fuimos viendo algunas herramientas para ayudar a las mujeres y de ahí nosotras que no somos médicos/as y que no hacemos por ahí el asesoramiento, si somos como la puerta de entrada, porque las personas tienen confianza en nosotras (S.).

Entre quienes intervienen en los asesoramientos y las mujeres que lo solicitan se establece una relación de escucha y respeto en la atención. Ambas partes reconocen saberes y prácticas diferentes, se vinculan para acortar las brechas de conocimiento que requiere la práctica del aborto con medicamentos, y acompañan como lo hacen con un embarazo o en el momento del parto.

Si bien en el equipo trabajan profesionales varones, son mayoritariamente las mujeres las que han intervenido en ese círculo que hace al fortalecimiento de la complicidad.

⁵⁰ A partir la guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles (2007, 2010), que luego se transforma en el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2015).

A partir de la conjugación histórica de las relaciones positivas de parentesco, compañerismo, amistad y de las antecesoras elegidas se ha sedimentado entre las mujeres una cultura entrañable y necesaria, vindicada y cuidada, en la que ha surgido la *sororidad* como una manera de relación que prioriza el bienestar personal y mutuo, a partir de una ética feminista de relación innovadora» (Lagarde y de los Rios, M, 2012: 549).

Lo que yo rescaté de ella fue que nunca me diera su opinión digamos... nunca me dijo, nunca me juzgó... yo creo que vos deberías hacerlo o no... (F).

A veces llegan y nos dicen me manda... me dijeron que podía hablar con usted (médico/a).

A mí me dijeron que el /la Dr./a me iba a decir...no sabía pero si me dijeron ya te va a atender...y me atendió (V).

Marcela Lagarde y de los Rios, nos trae la reflexión de la sororidad, como una dimensión ética, política y práctica del feminismo contemporáneo. «Es una experiencia de las mujeres que conduce a la búsqueda de relaciones positivas y a la alianza existencial y política, cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad con otras mujeres, para contribuir con acciones específicas a la eliminación social de todas las formas de opresión y al apoyo mutuo para lograr el poderío genérico de todas y el empoderamiento vital de cada mujer» (Lagarde y de los Rios, M, 2012: 560). En esta búsqueda por la eliminación de las múltiples opresiones se da la hermandad, la complicidad que se establece entre quienes son parte del equipo y las mujeres que buscan asesoramiento, la sororidad es un principio de cuidado y sobrevivencia en el patriarcado.

Lo que pasó también fue que en la zona hubo en un momento como decir... como una red ...les daba información así, pero no les hacia el asesoramiento (administrativo/a).

Y por ahí venían muchas mujeres de otros barrios (enfermera/o). La línea socorro rosa tiene la dirección del centro, entonces hay mujeres que se informan llamando al socorro rosa y ahí le dan mi número de teléfono, entonces he tenido pacientes que han venido,

como me dijo una paciente, vengo de parte del Ministerio de Salud de la Nación (medico/a).

Llegan mujeres de diferentes barrios, derivadas por profesionales de otros centros de salud, hospitales, de conocidas, amigas que ya pasaron por el asesoramiento. Llegan derivadas de las redes de activistas, feministas, espacios organizados que trabajan por el acceso al aborto seguro, como es la línea Socorro Rosa, conocidas como «socorristas en red»: feministas que abortan y organizaciones del movimiento de mujeres, de ellas reciben parte de la información y/o contención, parte de una cadena de cuidados, de hermandades que se encuentran con este espacio de salud pública.

El trabajo conjunto del equipo de salud con organizaciones de mujeres de la zona, con las redes feministas que acompañan en aborto, se constituyó en requisito indispensable para hacer posibles estas prácticas.

La conformación de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, es parte de la existencia de avances que se traduce en la existencia de múltiples instancias organizativas, de interpretación y reconocimiento de los marcos legales, teóricos y éticos de los profesionales que trabajan en el equipo. La existencia de la red, fortalece a los profesionales en la construcción de argumentos y fundamentos para la práctica que realizan, así como el diseño conjunto de estrategias que permitan afrontar cuestionamientos a la misma. El ser parte de la práctica, saberse como parte del proceso, favorece el sentirse sostenidas/os, apoyadas/os y acompañadas/os ante el asesoramiento en aborto con pastillas.

Las derivaciones⁵¹ son realizadas desde otros Centros de Salud de la ciudad o la provincia, son mutuas como hilos que tejen redes, que van y vienen. Los y las profesionales del Centro de Salud derivan a mujeres a redes de mujeres como las mencionadas anteriormente, y a otros espacios de salud pública de igual o mayor complejidad, cuando la situación así lo requiere. Derivan y reciben las derivaciones de las Socorristas en Red y de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, así como de otros Centros de Salud que no realizan asesoramientos.

Yo vengo del barrio... yo estuve 10 años allá y yo arranqué allá solita porque en realidad... no se trabajan en el equipo del centro, era yo con otra profesional que era muy tirado de los pelos, pero bue-

⁵¹ Según registros de las reuniones de la Red de profesionales por el Derecho a decidir y de lo expresado en algunas entrevistas a las mujeres.

no, (...) bueno, empezaron a llegar chicas a preguntarme y al principio no teníamos la estrategia del misoprostol o no la conocíamos nosotras, empezamos en el 2006 (médica/o). Yo fui porque una amiga de mi mamá le dijo ahí te ayudan, ni sabía dónde era (F).

Hay otros centros de salud en la ciudad y en el país, que llevan a adelante estrategias similares, que datan del mismo tiempo. El modelo de reducción de riesgo y daño, comienza a instalarse en nuestra provincia en el año 2005/2006. La decisión de algunos profesionales de avanzar en este tipo de estrategia tuvo que ver con hacer efectivo el acceso al aborto en el marco legal que plantea el Código Penal Argentino.

En el año 2005 surge la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito y se contaba con más de 2 años de existencia de la ley que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Las redes de relaciones se encuentran y entrelazan a partir de la conjunción de saberes y prácticas en que las nuevas maneras de hacer marcan diferencias con prácticas instituidas.

Así mismo, las mujeres que abortaron, son parte de las redes que construyeron a lo largo de la vida, en espacios de encuentros y complicidad con amigas, madres, tías, vecinas y profesionales de salud, en su mayoría mujeres, buscaron en ellas, conocer, saber y estar acompañadas en el momento de la realización del aborto.

Las Amigas, tías, vecinas, y profesionales de salud, proporcionan información, pastillas, recetas, el dato acerca de las posibles farmacias en donde comprarlas, el dinero, la contención, la escucha, el apoyo o no, a la decisión que tomaron las mujeres. Las redes construidas se vuelven cómplices de la práctica de abortar.

Marcela Lagarde y de los Ríos, expresa la importancia que tiene para las mujeres la sororidad, «No se trata de que nos amemos, podemos hacerlo. No se trata de concordar embelesadas por una fe, ni de coincidir en concepciones del mundo cerradas y obligatorias. Se trata de acordar de manera limitada y puntual algunas cosas con cada vez más mujeres. Sumar y crear vínculos» (Lagarde y de los Ríos M, 2006: 126).

Nosotras nos hemos puesto un poco la camiseta y el pañuelo verde en realidad porque también lo militamos al tema, tratamos de

ir, de estar integradas/os al colectivo de mujeres, a la red de profesionales si hay un evento o algo tratar de ir. Me parece que eso también de tenerlo como una militancia eso también es distinto, porque vos sabes que esto lo vas a hacer toda la vida más allá de que estés laburando (enfermero/a).

Ponerse la camiseta, militarlo, integrarse a los colectivos organizados, a las redes existentes en la ciudad o en el país, en torno a la práctica del aborto con misoprostol, es parte de las identidades que constituyen a las/os miembros/as de este equipo de salud. Es la identidad de los agentes que hacen al habitus que se constituye matriz de las prácticas de intervención.

La camiseta y el pañuelo verde simbolizan a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito, miembros de este equipo reconocen habérselo puesto. ¿Qué significa ponerse ese pañuelo o camiseta? El equipo de salud desde su práctica cotidiana hace posible el acceso a los derechos consagrados, reconoce que los mismos son parte de la lucha de los colectivos organizados detrás del reconocimiento de los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo. Es esta red de relaciones, este entramado complejo de vínculos, el que favorece el acceso a esta práctica.

El asesoramiento, se asume por el equipo como el reconocimiento a la práctica del aborto en determinadas circunstancias. Las redes se constituyeron en un punto de encuentro entre las mujeres que han acompañado de diferentes maneras la realización del aborto y los profesionales que hacen asesoramiento. Las redes se vuelven cómplices necesarias de la práctica a partir de la decisión de abortar que toman las mujeres.

CAPÍTULO 5: DE LAS PRÁCTICAS Y SABERES: ITINERARIOS DE LAS MUJERES QUE ABORTAN CON MISOPROSTOL

En este capítulo recupero las voces de las mujeres que transitan y hacen efectivo el acceso a la práctica del aborto con pastillas: retomo las narrativas de quienes compartieron sus experiencias en relación a la decisión de abortar.

Analizo prácticas y saberes que las mujeres ponen en juego al momento de tomar la decisión y transitar la experiencia de abortar con pastillas. Los testimonios de las entrevistadas, las observaciones realizadas en el Centro de Salud, constituyen un insumo central para poder reconstruir y analizar tales prácticas, así como lo expresado por profesionales del Centro de Salud.

Las narrativas de las mujeres, permiten inferir que hay un conocimiento vago o cierto desconocimiento sobre la pastilla, las dosis, la forma de colocarla, cuándo, dónde y con quién hacerlo, sólo saben que no desean continuar con ese embarazo y que un modo de interrumpirlo es con la pastilla.

El aborto desafía el mandato de la maternidad como destino ineludible para las mujeres, aspecto que analizaremos en este apartado.

Reconstruyo los itinerarios que recorren las mujeres para hacer efectiva la práctica del aborto medicamentoso: se inicia con la sospecha del embarazo, a ello le sigue la confirmación del mismo, continúa el proceso de toma de decisiones, la búsqueda de información respecto de cómo hacerse un aborto, el acercamiento al Centro de Salud en procura del asesoramiento de la o él que *sabe*. El/la profesional del centro de salud las deriva para la realización de la ecografía que permite determinar el tiempo de gestación, a ello le sigue comprar o conseguir las pastillas y el momento de hacer el aborto con misoprostol. De esta manera se construyen los «itinerarios» que permiten acceder a la práctica, con saberes que traen y otros que incorporan en ese transitar.

Se recuperan las prácticas que desarrollan las mujeres, acompañadas por otras y otros, que hacen parte del proceso. Un apartado lo constituyen los sentimientos, como el miedo y el alivio, que les ha generado llevar adelante la decisión de abortar, así como la vinculación con las creencias religiosas.

5.1 Un embarazo a esta altura no era lo mejor

«No es el momento de un embarazo», fue la expresión en la que coincidieron todas las narrativas de las mujeres para responder a por qué decidieron interrumpir ese embarazo.

No es el momento de la pareja o la pareja no estaba en su mejor momento, no era el momento por mi estado de salud (R.)

No es el momento porque ya tengo demasiados chicos (V.)

Las mujeres que accedieron a compartir sus vivencias y experiencias en torno a la interrupción del embarazo tienen diferentes edades, pertenencias sociales, económicas y culturales distintas; todas han recurrido a la práctica del aborto voluntario y con misoprostol. Las situaciones que han ocurrido para tomar esa decisión han sido múltiples, y con diferentes explicaciones que expresan los porqués de no continuar con un embarazo en ese momento de la vida.

Es significativo la expresión «no es el momento», dando cuenta con ello que el embarazo hace a un momento, a una instancia en su vida. Esa expresión, remite a lo acotado y encuadrada que está la decisión, cuando se aborta se toma la decisión según se quiera, desee o pueda en ese momento.

Ya tengo 3 hijos, uno de ellos discapacitado no puedo seguir (V.)

No estaba en condiciones de tener un hijo (R.)

No me imaginaba con un embarazo, por la altura de la vida, por lo emocional, soy hipertensa, no quería (R.); (C.); (F.); (B.)

Expresiones como las vertidas, muestran que las mujeres atienden a múltiples situaciones, razones y motivos desde donde dan cuenta de la decisión de abortar. Las mujeres refieren de manera indistinta a razones y motivos, si bien en los marcos teóricos son diferentes, recupero aquí las expresiones que ellas tienen para dar cuenta de por qué decidieron no continuar con ese embarazo.

Todas coinciden en que la decisión de interrumpir un embarazo está vinculada a problemas de salud física o emocional. Aluden a razones de salud, de interferir en el proyecto de vida y/o deseo, o posibilidades de maternidad, en ese momento de la vida. Los contextos sociales y familiares por las que están atravesadas hacen a las razones y o motivos, que inciden y definen la decisión de interrumpir el embarazo.

Interfiere con el proyecto laboral y de vida (R.).
Yo no tengo mi vida resuelta mira si voy a tener un hijo... no sé qué hacer con mi vida... recién acabo de conocer a mi papá, no sé qué quiero, todo es un quilombo, no puedo conmigo, mira si voy a poder con otro (B.).

En el proceso de toma de decisión, las mujeres dan cuenta de diferentes fundamentos, expresados como motivos o razones. Las mismas son similares a las motivaciones expresadas en la sistematización, de «Las Socorristas en Red»⁵² durante el año 2014–2015. En este estudio las motivaciones que se identifican son: no estaba en el proyecto de vida (30,2 %), no querer ser madres en ese momento (26,4 %), la situación económica (20,3 %), con esta pareja no quieren tener hijos (9,29%).

Otro dato interesante, se encuentra en un estudio realizado a inicios de la década del 90, con mujeres que habían estado hospitalizadas por aborto, encontrando que, en la muestra estudiada, «el 64 % de las mujeres interrumpió, su embarazo entre el 3 y el 4 mes, y un 11 % después del 5° mes» (Checa S, Rosenberg M, 1996: 99). En el estudio que realicé en este centro de salud, las mujeres que abortan con misoprostol lo realizan entre la semana 6 y la semana 12, es decir entre el 2 y 3 mes. El período de tiempo en que interrumpen el embarazo (en general se ubica dentro de las 12 semanas), disminuye las posibilidades de complicación.

El análisis muestra más bien que la relación (siempre social) determina sus términos, y no a la inversa; y que cada individualidad es el lugar donde se mueve una pluralidad incoherente (y a menudo contradictoria) de sus determinaciones relacionales (De Certeau, Michel, 2007: 41).

Pareciera que los condicionantes sociales, políticos, económicos y culturales, tienen una fuerte incidencia en la decisión de llevar adelante la práctica del aborto, se constituyen en los argumentos que las mujeres recuperan como las razones o motivaciones que dan origen a la práctica. No menos importantes resultan los proyectos personales, el momento familiar, laboral, la relación con sus parejas, el cómo imaginan o no a ese embarazo y el poder o no de otorgarle entidad de hijo/a, se conjugan con los condicionantes contextuales.

⁵² Las Socorristas en Red, es un espacio de articulación de mujeres que acompañan a otras personas en el acceso a la práctica del aborto. Ver capítulo 3.

5.2 No me lo imaginaba

Las expresiones «no me lo imaginaba (F.), (B.), (C,)», «no puedo continuar...(V.)», «no quiero...», son parte de las explicaciones de por qué no continuar con ese embarazo en ese momento.

«No me imaginaba con un hijo» (B.) refleja la sorpresa y la no previsión de un embarazo en ese momento de la vida, así como el no poder pensarse desde el lugar de madre. Una distinción necesaria de hacer, es la diferencia existente para algunas mujeres entre un embarazo y un hijo, la misma se produce en un proceso de pensamiento, incorporación y construcción interna que permite o no, que ese embarazo se constituya en «hijo/a». Martha Rosenberg, plantea que cuando una mujer «decide asumir la gestación y dar calidad de hijo a un embrión, esta voluntad hace madre a una mujer, e hijo a un embrión. Y no es sustituible por ninguna voluntad ajena a ella» (Rosenberg M, 2013: 109).

Aquí la vida que está en juego, a la que se apuesta, no es la del embrión, que todavía no es sujeto de su vida biológica, ni de los vínculos en que se desarrollará, sino de la mujer: sujeto pensante y actuante, encarnado e histórico, con vínculos socio-sexuales y emocionales establecidos y actuales, funciones sociales y familiares, proyectos y pasados propios, que decide que no promoverá a sujeto al embrión que porta (Rosenberg M, 2013: 106).

Clara explicación de lo expresado por Rosenberg es el relato de V., cuando comparte que su primer embarazo fue producto de una violación, no lo quiso tener, pero «la tutela»⁵³ decidió que lo tuviese y ella lo criaría. Haber llevado adelante el embarazo, que como consecuencia de ello nació una niña hace 18 años, nunca le confirió el estatus de hija, no la nombra como hija en su relato, cuenta que fueron 6 embarazos, 4 hijos y un aborto, solo reconoce como hijos a los que quiso tener, «para mí ella no es mi hija» (V.).

Las mujeres, al momento de decidir la interrupción del embarazo, ponen en juego las vivencias, percepciones, en relación a la maternidad, o a la decisión de una «no maternidad». Sopesan los múltiples condicionantes de un embarazo en ese momento de la vida. Los factores del contexto, familiar, social, cultural, de salud, así como los deseos y aspiraciones se constituyen en determinantes de la decisión en esa persona para interrumpir un embarazo.

⁵³ «Tutela», nombra de esa manera a la persona que la tenía a su cuidado. La justicia de Bolivia a V. la puso a cuidado de una persona, a partir del fallecimiento de su padre y la ausencia de su madre.

5.3 Derecho a decidir sus propias decisiones

Las mujeres a las que entrevisté, decidieron interrumpir uno o dos embarazos a lo largo de su vida, decidieron no ser madres en ese momento, algunas ya lo han sido, otras lo piensan para el futuro, otras aún no lo han decidido, otras creen que no quieren serlo.

La definición en torno al ser o no madres es un aspecto sobre el que algunas mujeres piensan, reflexionan, y deciden cuando se encuentran frente a la decisión de continuar un embarazo o producir un aborto.

Las mujeres han abortado siempre a lo largo de la historia, tal como lo presentáramos en el capítulo 2 aún a riesgo de la salud y la vida. Han transgredido al mandato de la maternidad como destino ineludible de todos los tiempos.

Las mujeres más antes no teníamos ese derecho de decidir sus propias decisiones, siempre tenía que decidir el otro (V.).

Esta expresión me plantea que antes la decisión la tomaba (la tomó) un otro, en relación a un embarazo que transcurre sobre el cuerpo de las mujeres. Si bien, en este relato a la esa decisión la tomó otro (dado que era adolescente y no le reconocieron el derecho que le asistía como niña/ adolescente de tomar decisiones sobre su cuerpo), esta mujer expresa, este reconocimiento que tiene hoy y siente, sobre el derecho a decidir sobre su cuerpo, o al menos sobre ese embarazo.

El ser madres es lo que espera la sociedad de las mujeres en determinadas edades, se les pregunta acerca de para cuando un embarazo o un hijo, en general no se espera que las mujeres decidan no llevar adelante un embarazo. El aborto desafía el límite de lo que la sociedad está dispuesta a tolerar en una mujer en edad reproductiva.

La práctica del aborto desafía frontalmente al mandato social de la maternidad, aparece como un intento de separar la sexualidad de la procreación y significa un cuestionamiento del "instinto maternal" (Checa S, Rosenberg M, 1996: 41)

La maternidad constituye un aspecto significativo en la vida de algunas mujeres, menciono algunas, porque no todas se plantean la maternidad como un destino insoslayable. Hay diferentes maneras de transitar y significar la maternidad, también hay diferentes maneras de significar y transitar la (no) maternidad.

Para Marisa Matamala, «la maternidad asocia el acto erótico con la función de procreación, y la transgresión a este mandato, es vivida por las mujeres como san-

ción y castigo. Estos mandatos que niegan el disfrute sexual y asignan a las mujeres la maternidad como destino, que es donde reside el valor supremo de la mujer. El no asumirlo –y una de sus expresiones es el aborto– las coloca en un lugar de auto-culpabilización y la penalización ya que atenta contra ese mandato sacralizado» (Checa S, Rosenberg M, 1996: 46).

En Bolivia, allá te hacen mediante un juicio (en caso de violación), el juez te otorga para hacerte eso (aborto) si estás de acuerdo o no, yo era menor de edad y no podía decidirlo... yo no estoy preparada para ser mamá y para tener ese niño; yo también en esa época me faltaba la educación, todo eso, como a todos los niños me faltaba madurar (V).

La «maternidad no es destino» dicen las consignas feministas, en el estudio desarrollado nos encontramos que la maternidad para estas mujeres hace a un proyecto personal y social que se construye. Un embarazo no es indicativo de «un bebé» o «un hijo», no es indicativo de maternidad, se otorga a quien puede darle entidad de hijo/a a un embrión.

La trasgresión al mandato de la maternidad, ha sido cara para la vida de algunas mujeres, la práctica del aborto en casi todos los contextos y en distintos tiempos históricos, ha implicado condena social, moral y jurídica tal como lo plantea Farge «La transgresión se paga con la exclusión o con una violencia a veces mortal» (Farge, 1991: 88), como lo hemos mencionado en la página 37 del presente informe.

Ejercer el poder de decidir interrumpir un embarazo, contraría el mandato social establecido en términos del «deber ser» para las mujeres. Tomar la decisión de abortar, no es una decisión que toman las mujeres en búsqueda de reconocimientos y conquistas, sin embargo, es la mejor decisión, para quienes lo hacen, con respeto a sus vidas y a sus cuerpos, según nos lo expresan. Ninguna de las mujeres entrevistadas habló de arrepentimiento respecto de la decisión que las llevo a interrumpir el embarazo. La práctica del aborto, trasgrede los mandatos sociales, políticos y culturales que la sociedad patriarcal impone.

Dice De Certeau «Es práctica lo que es decisivo para la identidad de un usuario o de un grupo, en tanto esta identidad le permite ocupar un puesto en la red de relaciones sociales inscriptas en el ambiente» (De Certeau M, Giard L, Mayol P 1999:8, 1999).

La maternidad se constituye para algunas mujeres como decisivo, como parte de la subjetividad y con ello de la identidad. Si la maternidad lo es, la no maternidad también se constituye como parte constitutiva de esa identidad. Todas saben que en ese momento no querían ser madres.

5.4 Lo sabía desde un inicio

Todas expresan que desde el momento en que se enteraron que estaban embarazadas, sabían que no lo iban a tener o que estaban seguras de no poder continuar con el embarazo, sin embargo, plantean que se tomaron varios días o algunas semanas para tomar la decisión, la expresión «fui y viene muchas veces con la decisión» (F.), (R.) de alguna manera sintetiza las vivencias de algunas de ellas.

Yo estaba segura que no quería tenerlo. Segura que no quería continuarlo, yo sabía que no lo podía tener, lo sabía desde el inicio, fui y vine con la idea... (R.).

No quería un embarazo, me querida morir estaba desesperada, desesperada (B.).

Siempre quise tener cuatro (hijos)...además de eso, hoy esta difícil de educación, de alimentación, de trabajar, no es fácil ya tenerlo y a pesar de que haya un montón de ayuda, todos reciben la ayuda menos nosotros (migrante) (V.).

Es como que ya estaba hablado que no podía ser, yo sabía que si eso ocurría no podía continuar, lo pensé, lo pensé, pero ya estaba (C.).

Los relatos compartidos muestran que se han tomado decisiones sobre un embarazo que no desean, quieren o pueden llevar adelante, en ese momento de sus vidas y que tales decisiones están definidas desde un «inicio». En las mismas emergen nuevamente los argumentos y las razones que las llevaron a tomar esa decisión.

Aun con la certeza y la decisión tomada desde el inicio, la misma fue revisada una y otra vez. Repensar la decisión, que algunas lo plantean como contradicción, es parte del proceso de toma de decisiones que expresaron las mujeres entrevistadas.

El que perdí fue un embarazo en un momento complicado también, justo estaba en un proceso de separación con el padre de mis hijas... ese lo perdí sola.... ahora lo tenía claro, lo había hablado antes (C.).

Se lo conté a mi mamá, estaba muy confundida yo, y ella me dijo que cualquier decisión que tome iba a estar bien, que no había una mala o buena decisión (F.).

Lo pensaron, reflexionaron y pudieron tomar la decisión de abortar. El haberlo hablado y pensado antes, frente a otro embarazo u aborto, marca diferencias para algunas mujeres al momento de decidir la interrupción. Esta vez lo tenían más claro, estaban más tranquilas y seguras con la decisión de llevar adelante la práctica del aborto.

La decisión acerca de llevar adelante el aborto la toman las mujeres. En todos los relatos se reafirma que las tomaron ellas, algunas lo compartieron con otros/as, pero sobre una decisión previamente tomada. En algunas mujeres ante la confirmación del embarazo no existió la duda: interrumpirlo era la definición, luego vivieron tensiones, contradicciones, y en ese tránsito algunas fueron acompañadas.

¿Cómo llegan las mujeres a tomar la decisión de abortar? La decisión de abortar refiere a un proceso de pensar en la misma, no como una definición instantánea e inmediata, aunque todas plantean que «lo sabían desde un inicio» también expresan «que fui y volví varias veces», quedando expuestas las contradicciones a las que se enfrentan algunas de ellas.

¿Qué saben las mujeres en la puesta en acto de esa práctica? Saben que no quieren ese embarazo y tal como lo dice Paulo Freire «Sólo existe saber en la reinvención, en la búsqueda inquieta, impaciente, permanente que los hombres hacen del mundo, con el mundo y con los otros» (Freire, 1987: 58).

En esa búsqueda inquieta, con ellas mismas, es que se da el encuentro con el otro, se produce la dialogicidad, con otros/as tal lo afirma el citado autor.

En lo que expresan algunas mujeres, se inicia el proceso de toma de decisiones cuando sospechan del embarazo y termina cuando se colocan las pastillas.

En el año 2016, por primera vez el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas consignó explícitamente que el aborto es un derecho. Cuando se limita la autonomía de las mujeres para tomar decisiones, se restringen los derechos humanos, se limitan las libertades y el acceso a la salud. Ubicando con ma-

yor desventaja social a las mujeres que se encuentran frente a una maternidad no planificada o deseada, en una situación de mayor vulnerabilidad social, económica y política.

Socialmente llevar adelante el mandato o la elección de la maternidad trae consigo respeto y reconocimiento. La rebeldía o trasgresión al mandato social, cultural y político de la maternidad, es decir la práctica del aborto entre otras, ubica a las mujeres en calidad de transgresoras, que han provocado la ruptura con el «deber ser». Ubicándolas en el lugar de lo malo, lo oculto, lo prohibido.

Las mujeres cuyo proyecto se desvía de la maternidad, o la postergan o la descartan, suelen ser sancionadas con la soledad afectiva y material, que se exacerba frente a un embarazo que no desean continuar. Suelen ser abandonadas y condenadas por afirmar en el acto de interrumpirlo, que su proyecto de vida o su circunstancia actual no admite el embarazo que su sexualidad –fuera de su control– les depara (Rosenberg M, 2013: 104).

El lugar que la sociedad asigna a quienes trasgreden el mandato de la maternidad, a través del aborto, es un lugar que violenta, que señala a quienes contrarían el mandato asignado: «la maternidad», dejando marcas a quienes lo contrarían. Las mujeres que continúan con un embarazo que no desean o quieren, por el miedo a la condena social y familiar les dejan marcas a ellas, tal como lo expresa V en su relato.

5.5 Aguantar hasta el nacimiento

No sabía para entonces los derechos de las mujeres, nada, nada, y fui y le pedí (a una médica) y me dijo, me cerró la puerta y me dijo es su problema, así que me tuve que aguantar hasta que nació mi hijo (V.).

El «aguantar» hasta el nacimiento de mi hijo, fue la expresión de V., cuando no obtuvo la información y los medios necesarios para interrumpir el embarazo que no quería/podía/deseaba continuar: «Aguantar», es lo que han hecho las mujeres, frente a la imposibilidad de no poder/saber interrumpir un embarazo que no querían en ese momento continuar.

Aguantó el desprecio con el que una profesional de la salud le respondió frente a la atención en salud. Aguantar el ser parte de «un país que no es el suyo»,

como lo expresa V., un país que segrega y excluye por ser negro/a o hijo/a de la cultura indígena.

Te miran mal por ser así (boliviana)
*Decirlo, yo voy a hacer responsable de ese bebe y voy a ser mamá
no estoy preparada para ser mamá y para tener ese niño; pero la-
mentablemente me paso así y la señora ella le dijo al juez... como
la señora no tiene hijos (V.).*

V., «aguantó» una violación hace 19 años, «aguantó» el embarazo porque su «tutora» no quiso que abortara a pesar que la ley lo permitía y la obligó a continuar con el mismo. Dice no haber sabido de derechos, pero sabía que ese embarazo no lo quería o no podía continuar.

Aguantar las múltiples violencias que a lo largo de una vida atraviesan los cuerpos de las mujeres especialmente, fue lo que reconoce y expresa V., ante el relato de una maternidad forzada.

Giulia Tamayo (2001) expone que el control de los cuerpos de las mujeres, y con ello la sexualidad y la reproducción, son parte constitutiva de los mecanismos de dominación masculina, el aborto de esa manera irrumpe y rompe con determinados mecanismos de poder, control y dominación, rompe con el orden social y sexual instituido, pone en tensión el «control patrimonial de los cuerpos».

El informe sobre el progreso de las Naciones (UNICEF 1996) dedica un apartado a la morbilidad materna reconociendo «las razones que llevan a esta conspiración de silencio». Una de ellas y muy importante hace mención a la «lógica en la cual han sido educadas y socializadas las mujeres: aguantar, padecer y no quejarse en una sociedad discriminatoria y desigual» (Bianco M, Durand T, Gutiérrez A, Zurutuza C, 1998: 7). Las mujeres aguantaron las discriminaciones y violencias que se expresan en la sociedad en su conjunto, pero en especial en los servicios de salud.

Las mujeres están cautivas porque han sido privadas de autonomía vital, de independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger y de la capacidad de decidir sobre los hechos fundamentales de sus vidas y del mundo. Los caminos para construirla como cautiva se han centrado en la expropiación de la sexualidad, del cuerpo, de los bienes materiales y simbólicos de las mujeres y, sobre todo, de su capacidad para intervenir creati-

vamente en el ordenamiento del mundo (Lagarde y de los Rios, M, 2014: 37).

Al decir de Bourdieu han estructurado el habitus en la que se constituyen como agentes, y están socialmente estructurados. Estos esquemas generativos a partir de los cuales los agentes perciben el mundo y actúan, han sido conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y a lo largo de la historia de la humanidad, y suponen la interiorización de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales, en el que el agente social se ha conformado como tal.

Las mujeres han conformado su habitus en tanto agente social, en el que la estructura de dominación, masculina, patriarcal, se constituye al mismo tiempo en estructurantes: son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente.

El habitus se define como un sistema de disposiciones durables y transferibles –estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes– que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que el contribuye a producir (Bourdieu, 1972: 178).

En la estructuración del habitus el mandato patriarcal y el deber ser, forman parte constitutiva de las estructuras de las mujeres, estructuras que entran en tensión con las percepciones, experiencias que permiten producir rupturas con los determinantes de esa estructuración.

5.6 Ella me lo dijo todo

«Ella me lo dijo todo», es la expresión que da cuenta que otra mujer, en los casos recogidos, una profesional, es la que dice cómo, dónde y qué hacer para acceder al aborto con pastillas.

Ella me lo dijo todo, cuando tenía que tomarlas, cómo, la cantidad, me explicó clarito, yo sabía lo que iba a pasar, igual lo más difícil es conseguir las pastillas más ahora que antes, primero conseguir la plata, después conseguir que te la vendan, nadie te las quiere vender (B.).

Los/as que realizan los asesoramientos no son solo mujeres, los varones profesionales han iniciado un proceso de involucramiento en los «asesoramientos» o «consejerías de atención y pre y post aborto»; no obstante, es significativo el involucramiento de las mujeres profesionales en los asesoramientos.⁵⁴

Las mujeres más jóvenes y con mayores capitales culturales, indagaron por internet sobre el aborto con pastillas, el modo de colocarlas, las dosis, el impacto posible en el cuerpo y su salud, entre otros; aun así, desconfían de la información o no comprenden lo que «internet» les proporciona. «Me daba inseguridad» (B.), llevar adelante el procedimiento que allí se describía, «tengo preguntas» que necesitan aclaraciones, explicaciones con una persona física o por teléfono. Se reitera en el relato la necesidad de que sea un profesional «alguien que sabe» quién les diga, cuáles, cómo, dónde y cuándo colocarse las pastillas.

Las mujeres reconocen que algo saben, sin poder definir o precisar que es lo que saben. Lo que saben es que no quieren continuar con ese embarazo, tal como lo he expresado en apartados anteriores.

Entonces creo que eso aprendí y escuché y fui a pedir a los demás la ayuda, yo no quiero tener este, quiero que me ayuden y bueno me abrieron las puertas, entonces yo siempre agradezco (V).

Reconocen que son aprendizajes al que han accedido, algunas en espacios colectivos de mujeres, otras porque se los dijo su mamá, hermana, amiga. En todos los casos, son otras mujeres a las que reconocen como quienes les proporcionaron los datos para interrumpir un embarazo en condiciones de mayor seguridad, a quienes solicitaron ayuda o acompañamiento para transitar el desarrollo de la práctica del aborto con pastillas.

Las múltiples maneras de hacer que ponen en juego las mujeres frente a la definición de un embarazo que han decidido interrumpir, hacen a las construcciones sociales y culturales que están entrelazadas con la vida social, política, económica y cultural, reconocerlas como prácticas y re construir esas maneras de hacer permite recuperarlas y visibilizarlas. Las/os profesionales parte del equipo del Centro de Salud, aportan a la ruptura de esas prácticas ocultas, invisible, que condenan y violentan los cuerpos de las mujeres que han decidido llevar adelante la práctica del aborto.

⁵⁴ Registro de las reuniones de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

5.7 Yo no sabía cómo se cuidaba: de cómo evitar un embarazo

Las mujeres que decidieron interrumpir un embarazo con misoprostol, casi todas usaban métodos anticonceptivos y por diferentes razones fallaron. Querían evitar un embarazo, pero no contaron con la información, con el método o con el consentimiento de la pareja para usarlo. Las que usaron preservativos falló porque no lo usaron de manera adecuada.

Me cuidaba con preservativos, cuesta que sea todas las veces, a veces no lo quieren usar, por eso no se usa en todas las relaciones, quede embarazada el 8vo día de haberme venido la menstruación.

Nunca pude tomar los hormonales, me caen mal (R.).

Yo no sabía cómo se cuidaba, lo que había que hacer (V.).

La expresión no sabía cómo «se cuidaba» hace referencia al no saber cómo evitar un embarazo no deseado. El no usar métodos anticonceptivos, hacerlo de manera inadecuada, o la falla del mismo, es lo que lleva a las mujeres a un embarazo que en determinadas circunstancias las coloca frente a la decisión de pensar si continuar o no con él. A ello se le suman una serie de razones, tal como lo mencionáramos en apartados anteriores, por las que finalmente recurren al asesoramiento para interrumpir ese embarazo.

Según el informe que recupera los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva,⁵⁵ el uso de métodos anticonceptivos lo realizan ocho de cada diez mujeres. El mismo desciende cuando aumenta la edad: entre las más jóvenes los utilizan nueve de cada diez, pero entre el grupo de edad más avanzado –40 a 49 años– son sólo siete de cada diez. Según la situación conyugal, se observa que un 77% de las unidas o casadas utilizan métodos anticonceptivos actualmente, ascendiendo a un 94% el uso entre las mujeres solteras.

En relación a la escolaridad de las mujeres, «un 74% de las mujeres con hasta primario completo utilizan actualmente métodos anticonceptivos. A medida que aumenta el nivel de instrucción, el uso también aumenta: entre las que tienen secundario completo asciende a un 83%, y para las mujeres con terciario o universitario incompleto y más, a un 85%» (ENSSYR, 2013: 13).

El método con el que me cuidaba era el de los días, ya sé que no es seguro (se avergüenza, se sonríe), pero es el que me resultó,

⁵⁵ Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación 2014.

durante mucho tiempo. *Lo usé siempre y me resultó, pero esta vez no (C.).*

«Si, no nos cuidamos, la doctora me había dicho muchas veces que tenía que venir a verla, que me tenía que cuidar, me escribía (muestra el celular) y me decía te estoy esperando (B.).

Había estado de novia hace un par de meses atrás, y dejé de tomar las pastillas en ese momento (F.).

Las mujeres que hicieron parte de este estudio, han podido acceder a diferentes niveles de estudio, las hay con primaria, secundaria o universitaria incompleta. Las más jóvenes, con mayor nivel educativo están solas o en relaciones esporádicas. Por diferentes razones «lo dejé de usar porque me había peleado con mi novio (F.). No lo usé porque me cuidaba con los días y me resultaba siempre» (B.), no usaban métodos anticonceptivos en ese momento, forman parte del porcentaje, que muestra el estudio que no utilizó protección en el momento de una relación consentida.

El estudio realizado por la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva presenta una caracterización respecto de los métodos utilizados que este caso coincide con la caracterización de las mujeres que hicieron parte del estudio que da lugar a esta tesis. «Respecto del tipo de método anticonceptivos utilizado en la actualidad, la mitad de las mujeres manifestaron usar algún tipo de anticonceptivo hormonal, como pastillas, inyectables, parches o implantes. Por otra parte, tres de cada diez utilizan métodos anticonceptivos de barrera, como preservativo, diafragma o espumas, jaleas u óvulos. La presencia del resto de los métodos, como DIU, espiral o T de cobre, anticoncepción quirúrgica –como la ligadura de trompas– o métodos tradicionales es inferior al 10% para cada uno de ellos. Entre los métodos tradicionales se incluyen el ritmo, el retiro, la lactancia, el método del moco cervical, los yuyos, hierbas o tés y otros» (ENSSYR, 2013, pág. 15).

A partir de la realización del aborto con pastillas todas las que compartieron sus narrativas en esta investigación, adoptaron métodos anticonceptivos considerados más seguros. Esto formó parte del proceso de consulta que en el Centro de salud se lo denomina «post aborto», en el que los/as profesionales trabajan sobre la necesidad de adoptar un método anticonceptivo para evitar un próximo embarazo no deseado.

5.8 Conseguir las pastillas

«Conseguir las pastillas», es parte del itinerario que deben recorrer las mujeres para hacer efectiva la práctica del aborto medicamentoso. El obtener las pastillas se convierte en general, en parte de los obstáculos que deben de atravesar para hacer efectiva la decisión tomada.

La expresión «conseguir las pastillas», encierra un proceso que se inicia en saber cuáles son las pastillas qué tienen que comprar, conseguir la receta, el dinero para comprarlas, saber cuáles son las farmacias que en ese momento la están vendiendo, y finalmente realizar el recorrido para poder adquirir a un precio razonable las mismas. En caso de no contar con dinero, realizar el recorrido para conseguirlas a través de las redes de mujeres.

Busqué la plata, porque no la tenía, volví a hablar con mi prima que es la que tiene plata y que me prestó la otra vez, busqué la receta, comencé a ir a las farmacias, esa parte es fea te miran raro, y te preguntan ¿es para vos? Si para mí... no, no hay, así con cara de asco en algunas, pero a mí no me importaba nada... yo... le contestaba sí, para mí, a ellos que les importa... Fui como a 5 farmacias (B.).

Al periplo para obtener las pastillas es necesario sumar las miradas de desprecio y condena social, con el que se encuentran las mujeres que intentar dar con ellas. La condena social, se expresa en el/la farmacéutico/a cuando las mujeres las solicitan. Deben superar el desprecio y el rechazo que provoca quien sabe que uno de los usos es para abortar.

La búsqueda de las pastillas lleva consigo un largo proceso de múltiples violencias que las mujeres dicen no haber pensado previamente, y que debieron sortear: la mirada que condena, el tono de voz que desprecia, la solicitud de la receta tomada de mala manera, son parte de los inconvenientes y obstáculos que sortean para acceder al medicamento que les permitirá acceder a la práctica del aborto.

La venta del Oxaprost, en Brasil, conocida como Cytotec implicó «el aumento en su utilización con la reducción de la morbilidad y mortalidad asociada al aborto, la comercialización del producto sufrió varias interrupciones y prohibiciones temporarias, influenciadas por la prensa y por los propios profesionales contrarios al aborto. Esto dio como resultado una caída de su utilización en la primera mitad de

la década de 90, lo que llevó al surgimiento de un importante mercado negro, manipulado fundamentalmente por los vendedores de farmacias» (FLASOG 2007:9).

Desde que el uso del Oxaprost/misoprostol se amplió y difundió en Argentina, los precios se multiplicaron varias veces, a pesar de que su venta es legal y que la OMS la reconoce como un medicamento.⁵⁶ Al ser un medicamento que se usa para la práctica del aborto se presentaron dos situaciones, que se constituyeron en limitaciones: la venta y el aumento significativo del precio según considere el /la farmacéutica el uso que el mismo tendría.

Los valores por pastilla y/o por la caja varían ampliamente de una farmacia a otra, así como, si la misma se ubica en el barrio o en el centro.

Me dijeron en la farmacia del barrio, que cuesta \$470 cada pastilla..., a \$500 o \$600 que es lo que sale la caja en una farmacia del centro, \$600 si la conseguís barata, ese es el precio barato porque \$470 cada pastilla cuando necesitas doce, no sé cuánto sale un aborto
(F).

Bueno primero busqué las farmacias, di muchas vueltas, fui a varias de Nueva Córdoba y el centro, también aquí en la zona, pero nada, tenía receta, pero igual no te quieren vender, ese es el mayor problema, después es buscar el momento para tomar las pastillas
(B).

En algunas farmacias no realizan la venta, aun cuando se tenga la receta, tal como lo establece la venta de ese u otro medicamento. Las expresiones que las mujeres recogen de porque no se las venden es porque «conocen sus usos» y consideran que deben limitarla. Esta expresión va acompañada de «caras» que refieren a que son «usos» no legales o no permitidos. Al ser considerado un medicamento que entre otros usos es para la practicar el aborto, se presenta como un condicionante para el acceso.

Es el farmacéutico o quien vende los medicamentos el que de manera arbitraria establece la sospecha acerca de los usos de ese medicamento, en esa persona y consecuentemente quien juzga y valora a esa mujer por esa posible práctica.

⁵⁶ Para la realizar un aborto con medicamento se necesitan 12 pastillas si se encuentran entre la semana 7 y la 12 de embarazo. Las mismas se venden por caja o por unidad, todo depende la farmacia, variando el precio de las mismas, siendo más elevado el costo por unidad que por caja.

5.9 Él es médico, de otra especialidad, tampoco sabía nada

Él es médico, de otra especialidad, él tampoco sabía nada, lo converso con otro amigo médico y tampoco sabía, no sabía que se podía hacer con pastillas. Él estuvo averiguando porque le costó mucho conseguir las pastillas y eso que él es médico, tenía receta, era un varón que la compraba y sin embargo le fue difícil⁵⁷ (C.). Ya me había dado plata mi pareja, es algo que decidimos juntos, él también decidió entonces y hablamos y vamos a poner aparte y lo vamos a comprar y fuimos y compramos, dimos muchas vueltas hasta conseguirlas (V.).

El relato que reconstruyen las mujeres respecto de lo que saben sobre aborto sus compañeros, maridos o novios es el mismo, saben menos que ellas. El marido de Vero (V), que trabaja en changas, migrante; y el novio de Ceci (C) que es médico, se supone está más formado en este tema, comparten el desconocimiento sobre cómo hacer un aborto con pastillas.

Las mujeres que llevan un tiempo de relación de pareja, reconocen que son los varones quienes acompañan el proceso de la práctica del aborto con medicamentos, especialmente buscan la plata, se las proporcionan y con la receta en mano recorren las farmacias. También están con ellas en el momento de colocación de las pastillas y la expulsión del producto del embarazo.

Las mujeres más jóvenes, están acompañadas por sus madres, amigas, primas o hermanas. Sus parejas fueron ocasionales o bien no quisieron acompañar ese momento, por lo ajeno o distante del proceso de embarazo en el que se ubican. Las mujeres son las que buscan la información, averiguan, buscan la receta, comparten con las parejas el conseguir dinero, la compra de las pastillas y colocación de las mismas.

Según lo señalan diversos autores «El varón juega en algunos casos un papel definitorio, pero nunca como protagonista en pie de igualdad con la mujer, sino como personaje interviniente en el proceso subjetivo decisorio de la mujer, quien es la que en última instancia resuelve interrumpir o proseguir un embarazo» (Wegner [et. al.], 1998; Tolbert [et al.], 1998; Guevara Ruiseñor, 2000; Perea & Olguín,

⁵⁷ La referencia a «El» es a la pareja de (C) que compartió con quien realiza el estudio, los itinerarios para efectivizar la práctica del aborto.

2000; Rostagnol, 2003; Petracci, 2011b; 2011c; Ortiz Ortega, 2001; López & Pantelides, 2003). (Petracci M P. M., 2012: 171).

Tal como lo plantean las/os autoras/es mencionadas, en los casos recuperados en este estudio los varones no son parte definitoria de la decisión ni del desarrollo de la práctica, mucho menos en relación a los saberes, saben menos que las mujeres y no son los que buscan información. Se ubican en el lugar asignado a los varones, el de proveedores, proveen dinero o las pastillas. Y en alguno de los casos acompañan en el momento de la colocación de la pastilla y expulsión del producto del embarazo, siempre que sus parejas se los pidan.

5.10 El tiempo no pasa nunca

Las mujeres entrevistadas coinciden en la expresión «el tiempo no pasa nunca», al referir al tiempo transcurrido desde la primera pastilla hasta el momento de la expulsión, nos encontramos allí con relatos pormenorizados de todo lo que hacen, sienten y piensan durante esas horas.

Temprano tomé las pastillas como dijo la doctora, me puse a ver tele, luego me acosté un rato, el tiempo no pasa nunca, luego me vino un poco, comenzaron los dolores, viste como un dolor de ovario, fuerte, bueno me vinieron unos coágulos que me mojé toda, estaba sola, pero tranquila ... yo quería estar sola... era mejor, después a la tardecita se me había cortado un poco, eso me asustó (B.).
Buscar el momento para tomar las pastillas, ahí es como cada una quiera, algunas solas otras acompañadas... Estaba con mi mamá (F.).

Tomé las pastillas y fui esperando que pasara el tiempo, vi tele, me acosté, dormí, me levante así hasta que me empezó a venir los coagulo, el tiempo no pasa nunca, luego se cortó (C.).

Cada una de ellas pudo pensar en cuál era el mejor momento para colocar las pastillas. Pudieron elegir y sopesar lo mejor para ellas en relación a ese momento. Solas o acompañadas. De día o de noche, un día de fin de semana o durante la semana.

¿Qué reconocemos en esas prácticas? ¿Qué deberíamos poder recuperar para valorar e incorporarlas como prácticas necesarias en las instituciones de salud pública?

Son prácticas que se desarrollan en parte en el espacio privado, el doméstico, más precisamente entre el dormitorio y el baño. Las mismas se inician con el proceso de toma de decisiones en relación a esa práctica, con la búsqueda de información, que ocurre en el Centro de Salud Pública, espacio al que vuelven para hacer ecografía y luego en el pos aborto. La práctica se desarrolla en una convivencia entre el espacio público y el espacio privado está en interacción permanente.

Otro punto de interacción entre el espacio público y el privado lo constituye el obtener la pastilla en la farmacia del barrio o del centro de la ciudad y la colocación de las mismas que ocurre en el dormitorio o el baño de la casa.

Esta diada –espacio público/espacio privado– tan analizada por el feminismo, deja expuesta como los espacios marcan los cuerpos y las vidas de las mujeres. Las mujeres hemos sido relegadas históricamente al espacio de lo privado, al decir de Celia Amorós, las mujeres han sido puestas en el espacio privado, de las privadas de poder, de reconocimiento, es el espacio de lo indiscernible e invisible, han sido puestas, en el lugar de sujetas sujetadas, donde la violencia y la arbitrariedad es invisible a los ojos de lo público institucional. No obstante, esta práctica no está investida de falta de reconocimiento, al menos no es su totalidad. Las mujeres deciden llevar adelante una práctica que ha logrado iniciar un proceso de visibilidad y reconocimiento en el espacio de lo público.

Amorós continúa diciendo que el espacio público es el que el patriarcado asigna a los varones, es el espacio eminentemente masculino, el del poder, del trabajo, lo discernible, lo valorado, lo reconocido, lo visible. Los espacios otorgan atributos, sentidos y significados.

La relación público/privado atraviesa la vida de las mujeres y varones; si bien las mujeres han logrado avanzar, salirse de lo privado, ocupar espacios en lo público; todavía existen espacios vedados cuya presencia es vivenciada como una «provocación» y «subversión» al orden sexista. ¿Qué marcas provocan? ¿Qué subvierte la práctica del aborto con medicamentos?

La interacción entre lo público y lo privado está presente durante todo el desarrollo de la práctica, la misma no se limita al ámbito de lo privado. En el desarrollo de la interrupción del embarazo, la interacción con el Centro de Salud, la farmacia, el conseguir el dinero, el acompañamiento en esa práctica, están involucradas otras personas e instituciones, se tienden puentes entre dicha dicotomía.

La práctica del aborto, entra hoy en una fuerte tensión entre el espacio de lo público y el privado. La misma que se supone privada, íntima, invisible y oculta, ha ingresado al espacio de lo público, de lo valorado, reconocido, discernible, visible.

Las mujeres a pesar de la ilegalidad del aborto, en determinadas circunstancias, llevan adelante la práctica, no solo ellas, sino que cuentan con apoyos que son significativos en el espacio de lo público para efectivizar la práctica del aborto con Misoprostol.

«La ilegalidad del aborto no es algo que las mujeres, los varones o las parejas sopesen en la toma de decisión, sino en su implementación. El escenario de ilegalidad genera dificultades, que son sorteadas con mayor o menor facilidad según los recursos materiales y relacionales disponibles» (Pettracci M P. M., 2012: 171). Para todas las mujeres que entrevisté para esta tesis el aborto fue un hecho, una decisión, un hacer, una puesta en acto que permitió definir sus proyectos de vida.

5.11 Dios y la Virgen me ayudaron

Las mujeres a las que entrevisté contaron de sus creencias religiosas, hablaron de ello sin que mediara pregunta alguna. Cuando refieren a las mismas, mencionan a la Virgen o Dios, y reconocen en estas figuras las ayudan en el apoyo a la decisión que ellas tomaron. Invocaron a la Virgen o a Dios para que no las abandone y les permita avanzar con la práctica del aborto. Revelaron agradecimiento a Dios y a la Virgen por la ayuda recibida en torno a la práctica del aborto las cuatro mujeres.

Me trataba de relajar y pensar que la virgen me iba ayudar, yo pensaba que dios no me iba ayudar esta vez, eso estaba todo el tiempo pensado, que la virgen no me iba a ayudar.... yo soy creyente, y me ayudó, le debo una promesa a la Virgen de Alta Gracia tengo que ir a visitarla (B).

Fui a colegio católico como mis amigas, y sabía lo que hacía, pero también sabía lo que quería, no fue fácil, le pedí perdón antes de hacerlo, antes de tomar las pastillas (C).

El pedir perdón, ayuda o el agradecer a la Virgen o Dios, hacen parte de los rituales de las prácticas religiosas. La religión establece para sus feligreses lo que es considerado bueno o malo para las personas que profesan determinada fe.

La educación «religiosa», no fue en este caso determinante para impedir una práctica con fuerte condena desde la religión católica apostólica y romana. «La

iglesia a través de interpretaciones sexista de los textos bíblicos, los cuales fueron y son aprovechados para reforzar comportamientos que responden a intereses de dominación, por ejemplo la de la sujeción de la mujer (génesis 2,7-23); provocadora del pecado (génesis 3) así como la justificación simbólica adjudicada a la maternidad con dolor (génesis 3,16)» (CDD, 2005, pág. 15). Continúa planteando que «Resulta necesario explicitar que, en la Iglesia Católica, las cuestiones de moral sexual nunca fueron definidas dogmáticamente y, por lo tanto, no exigen de los fieles la obediencia absoluta» (CDD, 2005: 17)

Expresiones vinculadas a los sentimientos de culpas y miedos están presente en los relatos de las mujeres, no obstante, no interfieren en la decisión, logran actuar en un sentido contrario al que se ha intentado instalar, las «deja tranquila» que Dios y la Virgen las ayudaran en el proceso de abortar.

La práctica del aborto se ubica allí, en lo que no se debe hacer; no obstante, las mujeres practicantes de la fe religiosa lo hacen e invocan a Dios o la Virgen, para que las ayuden, perdonen o en agradecimiento, en el desarrollo de la interrupción del embarazo.

5.12 Tengo mal de Chagas y me da miedo que uno de mis bebés tenga eso...

Los miedos que expresan las mujeres que accedieron a relatar sus experiencias son diversos, miedo en relación al proyecto de vida, que no pueden brindarle un futuro al hijo/a, o que tenga alguna enfermedad o padecimiento. Otras lo expresan en relación a la culpa que les genera el terminar con una vida, culpa que instituye la iglesia católica y otras creencias religiosas, así como las diferentes instituciones sociales y políticas en esta sociedad occidental. La sociedad produce y reproduce la culpa por transgredir al mandato asignado de la maternidad

Tengo mal de Chagas y me da miedo que uno de mis bebés tenga eso también, todas esas cosas a mí no me gustaría que ese bebé tuviera la misma sangre que yo llevo, así que todos los bebés que tengo se hacen como seis veces los análisis, por un momento me sentí culpable... hasta escuche el llanto del bebé. soñé que él bebé me veía y pidiéndome auxilio y me decía mamá, mamá, mamá, y me sentí llorando... yo creo que por un lado duele a un poco no es fácil hacerlo (V).

Tomé la primera tanda de pastilla, luego pasó la segunda tanda, no pasó nada, pasó la tercera tanda, no pasó nada, y yo empecé con el miedo y dije bueno, que pasa...tenía miedo de verlo (refiere al feto) (F).

Un estudio realizado por la *Population Council*, sobre mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú es coincidente con lo que expresan las mujeres que han sido parte de mi estudio «La culpa fue un sentimiento que embargó a varias mujeres (12 de 37 mujeres), quienes con frecuencia elaboraron su proceso a partir de la redención –Dios me lo perdona– Ángela del litoral ecuatoriano de 26 años relata lo siguiente:

Me puse un poquito mal, me sentí como que no debiera estar haciendo esto, me sentí así, pero me pasó, porque ahí me fui a la iglesia, recé bastante, bastante. Le pedí a Diosito que me perdone por lo que estaba haciendo, si era justo o no era justo» (Lafaurie M M, D Grossman, E Troncoso, D Billings, , 2005, pág. 46).

Los relatos que recuperé de las mujeres que compartieron sus sentimientos son similares a lo expresado en otros estudios.

5.13 Se lo conté a 2 amigas: Las mujeres no abortan solas

En el planteo preliminar del proyecto tenía el supuesto de que las mujeres estaban solas en ese momento, en el momento de la interrupción en sí, sin embargo, no lo están, como tampoco lo estuvieron en todo el itinerario descrito de la práctica del aborto. Las mujeres que compartieron sus vivencias, cuentan que no abortaron solas.

La práctica del aborto es un proceso que se inicia mucho antes de la expulsión del producto de esa gestación que no quieren continuar; y es durante todo ese proceso que estuvieron acompañadas, por al menos, 2 o más personas, por sus parejas, novios/maridos, madres/padres, hermanas/amigas y los/as profesionales del Centro de Salud.

Un fin de semana porque de lunes a viernes trabaja mi marido, entonces un día sábado yo me puse porque el día domingo estaba mi marido todo el día en mi casa, viendo a los chicos, entonces el día domingo fui al médico, porque me daba miedo que no cortaba (V).

Lo hablamos con mis amigas, pero ellas no lo harían, bueno una sí lo hizo, igual me escribían y me preguntaban. Yo estaba en la casa con mi mamá (B).

Esa noche estaba con mi mamá y mi hermana, pero mi hermana no estaba de acuerdo, pero igual me mandaba wasapp desde la otra pieza para preguntarme como estaba y si y había pasado todo (F).

Los círculos más íntimos y cercanos de cada una de las mujeres, sabían de la práctica del aborto con pastillas, de las dificultades para obtenerla o para proveerse el dinero para comprarlas. De maneras diferentes y ante los distintos obstáculos que deben sortear para la realización de la práctica, estuvieron acompañadas y apoyadas en ese proceso.

La madre, hermana, marido, pareja, novio acompañaron el desarrollo de la práctica aún desde la disidencia o el desacuerdo, respetaron la decisión que ellas tomaron

Se lo conté a dos amigas ellas estaban al tanto del embarazo y de lo que hice, a ellas le podía contar, lo podía hablar, sé que no estaban de acuerdo, no les parecía, pero yo sí sabía que lo tenía que hacer (C).

El saberse acompañadas por otros, tranquiliza, contiene y de alguna manera las/os hace parte/ cómplice a otras y otros en la práctica del aborto medicamentoso.

Las redes de afectos están presentes, saben que pueden contarle, compartirlo especialmente con otras mujeres, amigas y madres, aun cuando aquellas, no compartan la decisión que ellas toman. Están acompañadas por familiares, amigas, vecinas y por los profesionales que asesoran en aborto con pastillas. Reconocen la existencia de redes que sostienen y contribuyen hacer posible la práctica del aborto.

Cuando recién empezamos, hace tanto... había una señora del barrio que hacía como un acompañamiento, como que ella lo mandaba y decían (K).

La señora del barrio, vecina, que hacía acompañamiento da cuenta del antecedente de que las mujeres no abortaron solas, inclusive en los tiempos en que en este

barrio no había profesionales que aportaran la información respecto del aborto. En el barrio había una vecina, que, si lo hacía, en el territorio más próximo estaba presente la que acompañaba en esa práctica y contribuyó a hacerla posible, contribuyó a hacerla visible. En este territorio, hay una historia, un tiempo transcurrido junto a otra que hace el acompañamiento.

Mi mamá justo ese día da la casualidad que... le tiré esa bomba, y se juntó con sus dos mejores amigas y se los comentó, ellas son de mucha confianza, son prácticamente como tías para mí, casi... igual esto me lo confesó después, yo creo que ella imaginó que por lógica no quería que nadie se enterara... (risas) así que se lo comentó a estas amigas y ellas le dieron el dato (F).

Él dijo es tu decisión y me apoyó y acompañó, lo llamé a él y también a la médica para que me dijera que hacer, tenía que esperar hasta la semana 6 fue difícil porque se empezó a notar, tenía síntomas, las tetas hinchadas, náuseas, sueño... tenía en claro lo que quería hacer, él se encargó de las pastillas así cuando se hizo la semana 6 me las tomé, él me acompañó (C).

La presencia de redes conformadas por amigas, madres, novios, amigos, profesionales de la salud, dejan en evidencia que las mujeres que abortan no están solas.

Las diferentes maneras de hacer conllevan expresiones de resistencias, rebeldías, e inercias, quizás todas ellas sean parte de las vivencias y experiencias que desarrollan las mujeres frente a decisiones que hacen a los proyectos de vida.

Estudios como el realizado por *Population Council* (2003-2005) muestra que las mujeres estuvieron acompañadas en la práctica del aborto «Varios autores reportan, al igual que lo han hecho Elul y su equipo, que las mujeres bajo supervisión médica prefieren vivir el proceso de manera autoadministrada, en sus propios hogares, acompañadas por las personas que hacen parte de sus redes afectivas, más que dentro del entorno de los centros o instituciones de salud» (Blum y cols., 1994; Nguyen Thi Nhu Ngoc y cols., 2004) (Lafaurie M, D Grossman, E Troncoso, D Billings, 2005: 15).

Las prácticas del aborto son parte de prácticas con otros/as. El acceso al conocimiento sobre cómo realizar un aborto, el acceso al profesional de la salud que acompaña ese proceso, el identificar las farmacias que venden las pastillas, la red de profesionales que se constituye detrás de ese profesional que proporciona

la información, la red de mujeres que acompañan, hacen a la construcción de la misma, como una práctica colectiva.

Si bien el acto de colocación de las pastillas y de expulsión, es un acto individual, que transcurre en su cuerpo y se realiza en la casa, según los relatos de las mujeres es una experiencia en la que están acompañadas, la práctica del aborto con medicamentos, es una práctica en la que otros y otras contribuyen a hacerla posible.

Al decir de De Certeau, toda práctica en su origen tiene carácter estratégico, ya que su realización es orientada al logro de resultados. Las mujeres deciden abortar más allá de cuál es el método a utilizar, no es el método más sencillo o más simple o más cómodo, el que determina la decisión. Lo determinante es el no querer continuar con ese embarazo. Recurren a las pastillas porque es el método que permite hacerlo en la casa, en este caso coincide que es sencillo, seguro y es el recomendado por los que saben.

5.14 No quiero que me vuelva a ocurrir

Ante la pregunta ¿Ahora que pensás hacer?, todas responden «no quiero que me vuelva a ocurrir», relatan acerca de los proyectos que tiene en relación al cuidado del cuerpo, para evitar encontrarse nuevamente frente a esta situación.

Ahora tengo turno para colocarme el DIU, y hasta que no me lo coloque no paro, no quiero que me vuelva a pasar, ya la semana que viene o la otra tengo turnos (B.).

Ahora voy a ver de ponerme un DIU u otro método porque no quiero que me vuelva a ocurrir (C.).

Recuperan la necesidad de adoptar un método anticonceptivo, como forma de evitar un embarazo que no quieren o desean llevar adelante en este momento. La anticoncepción fue la respuesta unánime y con plan de efectivizar en la semana en la que transcurría la entrevistas, en casi todas las mujeres había transcurrido un poco menos de un mes de realizado el aborto, solo una de ellas había transcurrido 4 años, no obstante, sostuvo la misma respuesta.

Es lo que tenía que hacer, no tenía otra alternativa, creo que es lo mejor, ya está (C.).

La expresión muestra que era la mejor decisión que pudieron tomar en ese momento, ninguna expresó arrepentimiento. Aun las que se vieron interpeladas por las creencias religiosas, los miedos y culpas, no interfirieron en la decisión de llevar adelante la práctica del aborto con medicamentos.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

Las presentes conclusiones han sido elaboradas tomando como referencia aquellos aspectos, que ineludiblemente se derivan del análisis e interpretación precedentes; en particular poniendo el foco en el impacto posible que las mismas puedan tener en vistas a fortalecer argumentos que aporten a conocer más acerca de las prácticas y saberes de las mujeres que abortan con misoprostol.

Esta tesis me ha permitido corroborar algunos puntos de partidas y/o supuestos que se derivaban de mi práctica académica y militante en relación a los derechos de las mujeres; así como también revisar supuestos e identificar aspectos no reconocidos en torno al aborto con medicamentos.

Recupero los análisis de fundamentos, teóricos, legales, político y sociales de las políticas públicas en especial las vinculadas con la salud sexual y reproductiva y el aborto, vinculando las narrativas que expresan prácticas y saberes de los/as profesionales y de las mujeres.

• **El Desarrollo del Estado de corte neoliberal no ha favorecido el acceso efectivo a los derechos sexuales y los (no) reproductivos.** Los análisis teóricos de los tipos de estados, muestran cómo se han invisibilizando las diferencias de género, reproduciendo y reforzando los roles asignados a las mujeres y varones. Estas características es posible observarlas en relación a las características que desarrollaron los estados durante los últimos años. La década del 90, con el desarrollo de un estado de tipo neoliberal, los movimientos feministas y de mujeres logran avanzar en la conquista de derechos en términos legislativos especialmente. Tal avance tiene que ver con la existencia de convenciones y conferencias internacionales que sientan precedentes para favorecer el impulso que los movimientos sociales venían desarrollando, tanto en la esfera internacional como local para lograr avanzar en la conquista de derechos para las humanas.

Los avances en conquistas de derechos surgen a partir de la presión de las organizaciones y movimiento feministas y de mujeres. A pesar de los mismos en términos de normativas internacionales y locales; no se ven reflejados en el acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos, sino hasta entrada la década del 2000, con la aprobación de la ley que crea el programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Es necesario marcar que durante esta década se presentan transformaciones en las concepciones de un estado que incluye y amplía derechos. Coincidente con las transformaciones del estado y con ello las políticas pú-

blicas, se suceden transformaciones desde las organizaciones de la sociedad civil. En la década del 90 se inicia un proceso de debate en torno al aborto, pero será a mediados del 2000 que se instala con mayor presencia en el espacio público e institucional.

• **Los avances en términos de normas y legislaciones en derechos sexuales y derechos reproductivos, no tienen un correlato inmediato en el desarrollo de políticas públicas** que efectivamente den impulso a la letra expresada en las mismas. Los avances que se registran en algunas provincias y/o municipios, especialmente en la década del 90, en general implicaron transformaciones legislativas tendientes a sacar de lo prohibido, el acceso a métodos anticonceptivos, instalado durante la dictadura militar. Se avanzó hacia el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, al menos en términos legales en algunas provincias, en otras se accedió a programas específicos, así como promover la creación de políticas públicas que incluyeran el reconocimiento de la problemática de los derechos sexuales y reproductivos, como en el caso de la ciudad de Córdoba.

La existencia de marcos normativos internacionales y nacionales hace parte de las conquistas, que no hubiesen sido posibles sin las estrategias de exigibilidad de derechos que realizaron los movimientos feministas y de mujeres. El acceso a lo que hoy nominamos derechos sexuales y reproductivos tuvo que ver con el proceso de lucha y reivindicación de los mismos.

• **Las múltiples estrategias y prácticas de los movimientos feministas y de mujeres, junto a los avances en términos normativos, facilitaron el desarrollo de prácticas más seguras y respetuosas de los derechos de las mujeres en relación al aborto.**

La construcción de argumentos, fundamentos y estrategias desde los movimientos feministas y de mujeres, la construcción y sostenimiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito, la «Línea más información menos riesgo», Las Socorristas en Red, la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, constituyen espacios centrales que permiten el desarrollo de prácticas que atienden a demandas y necesidades de las mujeres en relación a la interrupción de un embarazo que no desean, quieren o pueden continuar.

Las redes, organizaciones feministas y de mujeres, son quienes han contribuido a dar visibilidad a la necesidad de proporcionar información clara y adecuada sobre la demanda que realizan las mujeres para acceder a la práctica del aborto, con menos riesgo para su salud.

La construcción y aprobación de instrumentos legales y técnicos desde instituciones del estado como: la guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, el Fallo FAL s/medida autosatisfactiva de la Corte Suprema de la Nación que amplía y aclara la interpretación del código penal en el artículo 86, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, han facilitado que se instale dentro de la Atención Primaria de la Salud, la práctica relacionada con el aborto con medicamentos; han instalado, en la agenda pública el debate sobre el aborto, la sociedad y el estado sentando posición y favoreciendo el corrimiento de los límites dispuestos socialmente para el ejercicio de una práctica legal desde 1921.

El desarrollo de las Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva desde la aplicación de la ley 25673, han facilitado el desarrollo de estrategias para la atención de la demanda de información sobre la práctica del aborto, haciendo posible la existencia en algunas instituciones de salud pública de un servicio de calidad, con reconocimiento desde las mujeres al capital humano, así como de saberes acumulado por los equipos de salud que allí trabajan.

El desarrollo de prácticas e intervenciones en espacios de la salud pública en relación a la práctica del aborto con misoprostol, tiene directa relación con un proceso de prácticas que se desarrollan en múltiples espacios de la sociedad civil, todas ellas han contribuido a producir transformaciones en las «maneras de hacer» abortos.

La realización del aborto con pastilla hace que sea menos invasivo y riesgoso en los cuerpos de las mujeres (OMS 2012). El desarrollo de experiencia como las de Iniciativa Sanitaria en Uruguay contribuyó a que se puedan pensar en la implementación de estrategias en salud pública que reconozcan los derechos existentes en términos normativos y los haga accesible a las personas.

• **El acceso al aborto con menos riesgo, es una realidad presente en el Centro de Salud X:** posible por las condiciones descriptas anteriormente en donde las estrategias impulsadas y sostenidas durante más de 10 años, facilitaron el acceso de las mujeres a los derechos, en especial al aborto con misoprostol. Se instala en una institución de salud pública, en un marco de respeto y garantías de los derechos a la salud, según lo establecen los parámetros de Atención Primaria de Salud y las normativas vigentes a nivel nacional y municipal. El equipo de salud no trabajó aislado del contexto en el que se desarrollaron otras prácticas de sostenimiento y legitimidad de las estrategias en relación al aborto en el barrio/comunidad, ha

construido con quienes allí viven y con las redes y espacios organizados en torno a la práctica del aborto con misoprostol, conocimientos, reconocimientos y ejercicio de la misma.

Las organizaciones feministas, de mujeres, y los equipos de salud de otras dependencias públicas existentes en la ciudad de Córdoba, reconocen a este equipo entre otros, como aquel que atiende en salud sexual y reproductiva, proporcionando información sobre aborto con misoprostol a las mujeres que así lo solicitan. Reconocen el lugar e importancia de la existencia de las redes de atención y derivación de mujeres que han decidido abortar.

• **El «asesoramiento», es el espacio que hace posible el acceso a la práctica del aborto con pastilla en un servicio de salud pública.** El equipo de salud decidió ser parte de la solución a un grave problema de salud de las mujeres. Favorece la escucha, el acompañamiento, la información, el respeto por una decisión que toma otra persona, desarrolla el asesoramiento en el proceso pre y post aborto.

Puedo afirmar que el espacio del asesoramiento se caracteriza por desarrollarse en un marco respetuoso de los derechos humanos de las mujeres. Las características que adquiere el mismo es parte inherente y constitutiva para el acceso a la práctica del aborto dentro de los marcos normativos y de protocolos vigentes.

La infraestructura, mobiliario, ornamentación, formación técnica adecuada de las/os profesionales y administrativas/os, dan marco a la práctica del aborto con pastillas dentro del sistema de salud pública en este centro de salud de la municipalidad de Córdoba.

Tal lo expresan las mujeres entrevistadas y por mi experiencia de trabajo previo con los profesionales, estoy en condiciones de afirmar que el espacio se caracteriza por la capacidad de escucha, información clara, oportuna y respetuosa de la decisión que toman las mujeres que han solicitado saber sobre la práctica del aborto. La existencia de un servicio de calidad, con reconocimiento de parte de las mujeres al capital humano, así como los saberes acumulado por el equipo que allí trabaja, constituye una práctica en salud pública en búsqueda de legitimidad.

• **Las prácticas que desarrollan las y los miembros del equipo de salud han generado esta política de atención al aborto en el marco de la salud pública.** La intervención de profesionales y otros miembros del equipo de salud en los cuerpos de las mujeres que deciden llevar adelante la práctica del aborto con pastillas, se realiza bajo el secreto profesional y los resguardos éticos, instalándose como cualquier otra práctica de salud.

Los profesionales que ponen y dan cuerpo a esta práctica, reconocidas como prácticas emancipadoras al decir de De Certeau, porque liberan a quien toma esa decisión, son también prácticas de resistencia, dado que resisten a los mandatos sociales y culturales que el patriarcado ha impuesto en la vida de varones y mujeres.

«Sólo existe saber en la reinención, en la búsqueda inquieta, impaciente, permanente que los hombres hacen del mundo, con el mundo y con los otros» (Freire P, 1987: 58). profesionales y las mujeres que compartieron su experiencia, muestran una permanente reinención de las prácticas, los conocimientos y las relaciones que construyen.

Con escucha sostenida y explicaciones adecuadas, se reconoce a la otra como sujetos de derechos, esta afirmación se asienta en el cuidado de los espacios, en la atención, escucha y explicaciones que les proporcionan a todas las mujeres que allí concurren.

• **La práctica del aborto se hace un poco más pública y menos privada:** desde hace poco más de 10 años se desarrollan los asesoramientos en esta institución pública de salud, ingresando el aborto al espacio de lo institucional y público. Asimismo, las mujeres que compartieron su experiencia, en relación a la práctica del aborto con pastilla, lo hicieron en la plaza, el patio del centro de salud, en una mesa de café. Los profesionales eligieron para contar sobre los asesoramientos la cocina. El lugar que las mujeres y los profesionales eligieron para hablar de la práctica del aborto con misoprostol, está vinculado al espacio de lo público. Los límites entre el espacio de lo público y lo privado para hablar de aborto se han corrido. El hablar y realizar la práctica en espacios públicos es a su vez un modo de quitarle, a esta práctica el lugar de lo oculto, invisibilizado, que puede ser sancionada, para ubicarse como una práctica de salud, como es el control del embarazo o la anti-concepción.

Es la performatividad de las prácticas las que otorga identidad genérica. Las maneras de actuar, la performatividad, haciendo referencia a lo que se hace y deshace en cada actuación, a la puesta en acto, en escena, de cada una de las personas. El trabajo realizado en el centro de salud y el relato de las mujeres permitieron poner en evidencia lo homogéneo que resultan las prácticas relacionadas con la interrupción del aborto con pastillas, en términos de momentos o secuencias, no así en vivencias y saberes. La práctica como constitutiva de la identidad, como constitutiva de lo que Bourdieu denomina habitus.

- El miedo es un sentimiento, sensación que está presente tanto en los relatos de las mujeres como el de los/as profesionales. Miedos que tienen expresiones diferentes según sean unos/as u otras/os. En los profesionales los miedos se expresan en las dificultades para nombrar la práctica del aborto como tal y para registrar.

El miedo en las mujeres se expone al pensar en las implicancias que pueda tener esta práctica en su cuerpo, en su salud, así como el involucrar a un otro/a que luego pueda tener un impacto en términos de pérdida de libertad.

A pesar de los miedos la práctica del aborto es una realidad en este centro de salud y en las mujeres que toman la decisión, no se impone necesariamente como una limitante para el ejercicio de la misma.

- **El aborto deja expuesta la transgresión al mandato de la maternidad.** A pesar de las limitantes sociales, legales y de prácticas de salud, las mujeres igual abortan, tal como lo sostienen numerosos estudios. De las narrativas de las mujeres entrevistadas puedo afirmar que la maternidad se construye, un embarazo no confiere entidad de hijo/a. Si bien la vivencia de culpas, temores y miedos está presente en algunos relatos, no impide la realización de la práctica.

La práctica del aborto con pastillas, se realiza con el marco de resguardo y confidencialidad que requiere cualquier práctica de salud, según los parámetros internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud y los protocolos vigentes en Argentina, desocultando la práctica del aborto y facilitando un proceso de vivencia como si fuese cualquier otra práctica de salud, a la vez que alivia la «culpa», en especial la de la religión, en particular la que la iglesia católica intenta sostener frente a esta práctica.

El aborto desafía el mandato de la maternidad como destino ineludible para las mujeres, con tensiones y conflictos, dando cuenta de cómo transcurrieron por esa práctica, comparten tránsitos comunes como hace a los descriptos como momentos de una práctica, no obstante, impactan en los cuerpos y en las vidas según sean mujeres pobres, jóvenes o migrante

- **De las narrativas he podido reconstruir que la práctica del aborto con pastillas supone al menos 5 momentos**, cada uno de ellos atravesados por dificultades, obstáculos y posibilidades que las mujeres van sorteando. El transitar estos momentos siempre es en relación con otros y otras, algunos de ellos con apoyo de los miembros del equipo de salud.

«La decisión de abortar», comienza cuando se encuentra frente a la posibilidad de un embarazo, aún antes del test de embarazo y termina después de haber

expulsado el producto del embarazo. En cada una de las mujeres se plantea un proceso diferente y tiene sus particularidades, pero pueden sintetizarse en que es una decisión que toman las mujeres y que una vez tomada no se vuelve atrás. Las mujeres sólo saben con certeza que no quieren continuar con ese embarazo.

Un segundo momento lo constituye «el acceso al conocimiento» (información y receta), la búsqueda de información oportuna, clara y precisa, la confirmación del embarazo y el acceso a la receta para la obtención de las pastillas. En esta instancia ocupa un lugar significativo el equipo de salud, el que sean profesionales con técnicas apropiadas y respetuosas de las decisiones y derechos de las mujeres, con el necesario resguardo del secreto profesional que enmarca las prácticas en salud.

El tercer momento es el «obtener el medicamento, las pastillas», implica buscar el dinero, ubicar la farmacia que la vende, aún con receta y la compra de la misma. Un proceso en el que están involucrados las parejas, maridos o novios –aquellas que lo tienen– y los profesionales farmacéuticos. En este momento se conjugan saberes que obtiene de otras mujeres, de los equipos de salud y de las organizaciones y redes feministas y de mujeres que trabajan en torno a esta práctica.

La cuarta instancia es el «momento de la colocación o toma de las pastillas», la expulsión del producto de ese embarazo, las horas posteriores de confirmar que lo expulsado sea el embrión. En este momento las madres, hermanas, amigas, novios, maridos o compañeros se convierten en las personas claves que acompañan. En algunas situaciones algún miembro del equipo de salud acompaña a la distancia, si así lo requieren las mujeres.

Por último, se encuentra «el post aborto», el asegurarse que «todo este bien», el qué hacer para que no vuelva a ocurrir, la búsqueda de métodos anticonceptivos adecuados y seguros. Los que intervienen en este momento son los profesionales del equipo de salud.

El equipo respeta el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en especial el aborto. Durante las observaciones y entrevistas realizadas tanto a las mujeres como a los profesionales, pude registrar la atención que brindan los diferentes profesionales y administrativas/os que allí trabajan, proporcionando información adecuada, pertinente, y de calidad según la demanda de las personas.

• De lo descripto anteriormente se desprende que las mujeres no abortan solas: Las redes son sostén de esta práctica, diferentes sujetos acompañan de diferentes maneras la realización del aborto. Las amigas, madres, tías, vecinas, pare-

jas, novios, maridos y profesionales de salud, son quienes constituyen las diferentes redes de apoyo que hacen posible las prácticas, a veces son redes que operan en un solo sentido y otras son redes que colocan en tensión la decisión tomada y la práctica del aborto en sí misma. Las redes se constituyen en puntos de encuentros y soportes materiales y simbólicos para el desarrollo de la misma.

Las redes, emergen, se fortalecen, son parte del tejido necesario para efectivizar una práctica. Redes que construyen las mujeres que han decidido abortar, junto a otros/as, junto a los profesionales que trabajan para acompañar a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, desde una concepción de reconocimiento de sujeto de derechos y de una práctica de salud. Redes que existen para el acceso a la información, para conseguir la receta, la farmacia, las pastillas; elementos claves que son parte de los mayores obstáculos para el acceso al aborto con medicamentos.

La red de profesionales y las redes de mujeres especialmente son las que proporcionan información y conocimiento sobre: las pastillas, la receta, las farmacias, en dónde comprarlas; a veces, el dinero, la contención, la escucha, el apoyo o no a la decisión. Las redes sostienen decisiones que toman las mujeres, aun cuando entre las mismas se encuentran personas que dicen que no tomarían la decisión de abortar, ellas sí acompañan la decisión de las otras.

Todos los testimonios recogidos, indican que las mujeres llegan a los profesionales con decisiones pensadas y con ciertos conocimientos sobre la práctica del aborto con misoprostol, conocimientos que requieren ser ampliados, completados y/o precisados para que las mujeres puedan instrumentalizar la decisión.

Recuperar las prácticas individuales, me permitieron reconocer los tejidos y redes que vinculan y construyen prácticas colectivas. Las prácticas individuales dan lugar a prácticas políticas que, en diferentes contextos y momentos históricos, amplían los límites de las prácticas posibles en relación a los derechos sexuales y (no) reproductivos, en especial los vinculados con el aborto.

• En el inicio del proyecto me preguntaba ¿En qué difieren los saberes de las mujeres que deciden el aborto? ¿Las diferencias están dadas por la puesta en acto al realizar una actividad, o en la secuencia de las acciones que culminan con un hecho determinado?

Tenía la premisa que las mujeres podían dar cuenta de saberes diferentes en torno al aborto con misoprostol, así como de las secuencias de los momentos que les permiten terminar con un embarazo no deseado, querido, buscado. Sin embar-

go, a lo largo de la investigación realizada puedo concluir que las mujeres saben casi nada en relación al aborto con misoprostol, que sólo saben con certeza que no quieren continuar con ese embarazo. Todas reconstruyen los 5 momentos que recupero como significativo y que permiten avanzar en la práctica del aborto.

Las mujeres reconocen la atención de calidad de los profesionales y administrativos/as, reconocen el especial resguardo del secreto profesional y el que la demanda de información sobre aborto sea considerada como cualquier otra práctica en salud, confiriendo de esta manera el desarrollo de una práctica con mayor reconocimiento social.

La Conferencia de Alma Ata (1978) promueve la participación social en materia de salud; de rescate del saber popular y de la participación social como modos alternativos de afrontar los principales problemas que afectan la salud. La Atención Primaria en Salud, es lo que permite el primer contacto de las personas con el sistema. El desarrollo de prácticas como las que se realizan en este Centro de Salud responde a los parámetros definidos y serian significativas de desarrollar como parte de una política pública, para facilitar el acceso a las mismas, a todas las mujeres especialmente las que viven en contextos más desfavorables que son quienes se encuentran próximas a los Centros de Atención Primaria de Salud.

- **Todas las mujeres** que compartieron sus vivencias en relación a la práctica del aborto con misoprostol, **comparten el haber consultado al Centro de Salud Pública**. Siendo la única práctica de salud, en el que mujeres de diferentes sectores sociales, en el que algunas tienen obra social o prepaga y que no necesariamente viven en la zona programática del Centro de Salud; recurren a un servicio de atención primaria de salud para una prestación.

- Todos los relatos de **las mujeres** coinciden en haber sido **cuidadas y escuchadas por el equipo de salud**, no todas llegan con angustia y sufrimiento, pero sí expresan que el contacto con las/os profesionales les dio alivio y seguridad. Es la escucha a las mujeres lo que se prioriza en el espacio, se reconoce a la otra, su autonomía y capacidad para decidir como sujeto. No se informa sobre lo que las mujeres no preguntan y no es estrictamente necesario para la práctica. Se resguarda el consentimiento informado.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ADC Asociación por los Derechos Civiles. (2013). *Como se está aplicando el fallo de la Corte sobre abortos no punibles a nivel Nacional*. Buenos Aires: <http://www.adc.org.ar/> Consultada 15 de junio 2013.
- ADC Asociación por los derechos civiles. (2015). *Acceso al aborto no pible en Argentina: Estado de situacion marzo 2015*. Buenos Aires: ADC.
- ALEGRE, M. (2009). *Opresión a conciencia: La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva*. Recuperado el 10 de octubre de 2016, de SELA (Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política Papers.Paper 66. : http://digitalcommons.law.yale.edu/yls_sela/66
- ASE, I. (2006). La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. *Salud colectiva v.2 n.2 Lanús. Version On lin Accedido 6 de noviembre 2006*, 199-218.
- ASE, I.; BURIJOVICH, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva, Lanús, v. 5, n. 1 Disponible en [http ://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=s-
ci_arttext&pid=S1](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1)*.
- BARRANCOS, D. (1991). Contracepcionalidad y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública. *Estudios Sociales N^a 1. 2 semestre*.
- BARRANCOS, D. (1991). Contracepcionalidad y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública. *Estudios Sociales N^a 1. 2 semestre*.
- BARRANCOS, D. (2007). *Mujeres en la Sociedad Argentina una historia de cinco siglos*. Buenas Aires: Sudamericana.
- BERGALLO, P.; RAMON MICHEL, A. (noviembre de 2009). *despenalizacion.org.ar*. Recuperado el 15 de noviembre de 2015, de [despenalizacion.org.ar: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/09_bergallo_michel.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/09_bergallo_michel.pdf)
- BIANCO, M.; DURAND, T.; GUTIÉRREZ, A.; ZURUTUZA, C. (1998). *Mujeres sanas, Ciudadanas libres (o el poder para decidir)*. Buenos Aires: FEIM, CLADEM, Foro por los derechos reproductivos. FNUAP.
- BOURDIEU, P. (2007). *El sentido práctico. Crítica de la razón*. Buenos Aires Argentina: Siglo XXI.
- BOURDIEU, P y WACQUANT, L. (1995). *Respuesta por una antropología reflexiva*. Mexico: GRIJALBO.

- BOURDIEU, P. (1980). *El sentido práctico*. Madrid, España: Taurus.
- BRIOZZO, L. L. (2008). *Iniciativas Sanitarias: una nueva estrategia en el atención del Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay iniciativas Sanitarias la experiencia del modelo de re*. Montevideo: Dedos.
- BROWN, J. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Buenos Aires: Teseo.
- BROWN, J. (2008). El aborto como bisagra entre los derechos reproductivos y los sexuales. En F. C. Pecheny M, *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidad en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- BURIJOVICH, J.; PAUTASSI, L. (2005). Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. . En *Aportes para políticas laborales más equitativa. Serie Mujer y desarrollo*. Santiago de Chile.: CEPAL/GTZ.
- Campaña Nacional por el Derecho al Aborto. (2007). *Campaña Nacional por el Derecho al Aborto*. Recuperado el noviembre de 2016, de <http://www.abortolegal.com.ar/proyecto-de-ley-presentado-por-la-campana/>: <http://www.abortolegal.com.ar/proyecto-de-ley-presentado-por-la-campana/>
- Campaña por una Convención de los DSy DR. (2002). *Manifiesto*. Montevideo Uruguay: Campaña por una Convención por los derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.
- Campaña por una Convención por los Derecho Sexuales y Derechos Reproductivos. (noviembre de 2016). *Campaña por una Convención por los Derecho Sexuales y Derechos Reproductivos*. Recuperado el 2016, de Campaña por una Convención por los Derecho Sexuales y Derechos Reproductivos: <http://convencioninteramericana.org/conocenos/>
- CAVALLO, M. (2011). La inaccesibilidad del aborto no punible en Argentina: obstáculos de iure, Obstáculos de facto en Cuestión de derechos. *Revista electronica de la Asociación por los Derechos Civiles. Semestral*.
- CDD, C. (2005). *Aborto Argumentos católicos a favor del derecho a decidir*. Córdoba: Cáticas por el Derecho a Decidir.
- CEDAW, C. d. (1979). Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. *Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*.

- CHANETON, J.; VACAREZZA, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de varones y mujeres*. Buenos Aires: Marea.
- CHECA, S.; ROSENBERG, M. (1996). *Aborto Hospitalizado. Una cuestion de derechos reproductivos, un problema de salud pública*. Buenos Aires: El cielo por asalto.
- CHECA, S; ROSENBERG, M. (1996). *Aborto Hospitalizado*. Buenos Aires: El cielo por asalto.
- CIPD, C. (1994). De Poblacion y Desarrollo. *Conferencia Internacional de Poblacion y Desarrollo*. Cairo: Naciones Unidas.
- Codigo de Hammurabi. (1728). *Código de Hammurabi*. Babilonia: Feedbooks.
- Codigo Penal Argentino. (1921). *Código Penal Argentino. libro segundo*. Buenos Aires: Errepar.
- CoNDeRS. (2003). *CoNDeRS Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales*. Recuperado el octubre de 2016, de <http://conders.feim.org.ar/documentos.php>: <http://conders.feim.org.ar/documentos.php>
- CoNDeRS. (2008). *Seguimiento y control de salud sexual y procreacion responsables de Argentina por la sociedad civil*. Buenos Aires: CONDERS.
- Constitución de la Nacion Argentina. (1994). *Constitucion de la Nacion Argentina*. Buenos Aires: Revista de la Legislación Argentina.
- CORREA, S. (2003). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena apolítica*. Montevideo: Uruguay.
- DE CERTEAU, M.; GIARD, L.; MAYOL, P. 1999. (s.f.). *La invención de lo cotidiano 2 Habitar, Cocina*.
- DE CERTEAU, M.; GIARD, L.; MAYOL, P. 1999:8. (1999). *La invención de lo cotidiano 2. Habitar, Cocinar*. Mexico.
- DE CERTEAU, M.; GIARD, L.; MAYOL, P. (1999). *La invención d ela coridiano2. Habitar, Cocinar*. . Mexico DF: Universidad Iberoamericana A.C.
- DE CERTEAU, M. (2007). *La invenciön de la cotidiano I Artes de hacer*. Mexico: Universidad iberoamericana. Oak editorial SA de CV.
- DE CERTEAU, M. (2007). *La invenciön de la cotidiano I Artes de hacer*. Mexico: Universidad iberoamericana. Oak editorial SA de CV.
- DOMÍNGUEZ, A. e. a. (2004). *Salud y aborto en Argentina de la propuesta a los hechos*. Cordoba.

- DOMÍNGUEZ, A.; FALÚ, A.; RODIGOU, M. (1997). "Desarrollo de Estrategias de Seguimiento de los compromisos de las Conferencias Mundiales del Cairo, Copenhague y Beijing" el módulo correspondiente a "Diagnóstico y Propuestas de Políticas públicas de Salud reproductiva. Córdoba.
- DRAIBE, S.; RIESCO, M. (2006). *Estado de Bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea. Serie estudios y perspectivas*. Mexico: CEPAL NU.
- DUBY, G.; PERROT, M. (1992). *Historia de las Mujeres – Volumen 5 – Siglo XX*. Madrid: Taurus.
- EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. (1973). *Brujas , Parteras y enfermeras, una historia de sanadoras*. Estado unidos: Glass Mountain Pamphlet.
- ENSSYR. (2013). *Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y reproductiva. Presentacion de resultados*. Buenos Aires: Minsiterio de Salud de la Nación. PNSSYPR.
- F.A.L. s/ medidas autosatisfactiva, 259. XLVI (Corte Suprema de Justicia de la Nación 13 de marzo de 2012).
- FARGE, A. (1991). La historia de las mujeres, cultura y poder de las mujeres: ensayo de historiografía. Fundación Instituto de la Historia Social. *Historia Social Ng . Valencia España*.
- FAUNDES, A. (2007). *Uso de misoprostol en ginecología y obstetricia*. FLASOG.
- FREIRE, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. . Rio de Janeiro:: 36 ed. Paz e Terra.
- GALEOTTI, G. (2004). *Historia del Aborto*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GARRIDO CALDERON, J. (1995). El aborto en la Historia. *Acta Médica Dominicana*. Vol 17, n1, 30-33.
- GIL LOZANO, F.; PITA, V.; INI, M. (2000). *Historia de las mujeres en Argentina Tomo I Colonia y siglo XIX*. Buenos Aires: Taurus. Santillana.
- GIRARD, F. (2008). "Negociando los derechos sexuales y la orientación sexual en la ONU". En Richard P, Sember R, *Negociando los derechos sexuales y la orientación sexual en la Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente*. *Sexuality Policy Watch*. Mexico: Grupo de estudios sobre sexualidad y sociedad. Fundacion Arco Iris.
- HERRERA, M.; KEMELMAJER DE CARLUCCI, A.; LLOVERAS, N. (2015). "El Derecho a la Salud" . *"Corte Suprema de Justicia de la Nación- Máximos Precedentes. Derecho de Familia"* . Buenos Aites, Buenos Aires: La ley.

- LAFaurie, M. M.; GROSSMAN, D.; TRONCOSO, E.; BILLINGS, D. (2005). *El aborto con medicamentos en América latina: experiencias de Las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. México: Population Council.
- LAGARDE Y DE LOS RIOS, M. (2006). *Pacto Entre Mujeres Sororidad. Aportes para el debate*. España: Coordinadora española para el Lobby europeo de mujeres.
- LAGARDE Y DE LOS RIOS, M. (2012). *El feminismo en mi vida Hitos, Claves y Utopías*. México: Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México.
- LAGARDE Y DE LOS RIOS, M. (2014). *Los Cautiverios de las Mujeres. Madresposas, monja, putas, presas y locas*. Mexico: Siglo XXI.
- LAGARDE Y DE LOS RIOS, M. (2014). *Los Cautiverios de las Mujeres. Madresposas, monja, putas, presas y locas* . Mexico: Siglo XXI.
- Lesbianas y feministas por la descriminalización d. (2010). *Todo lo que quieres saber sobre un aborto*. Buenos Aires: El Colectivo.
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto. (2010). <http://informacionaborto.blogspot.com.ar/>. Recuperado el diciembre de 2016, de <http://informacionaborto.blogspot.com.ar/>.
- Ley 26150. (2006). Ley de Educación Sexual Integral.
- Ley 26529. (2009). "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud". Buenos Aires, Argentina.
- Ley 6222. (1978). Ley del ejercicio de las profesiones y actividades relacionadas con la salud humana. Córdoba, Córdoba.
- Ley 8535. (1996). Salud Reproductiva y Sexualidad. *Salud Reprdouctiva y Sexualidad*. Córdoba, Córdoba.
- Ley 8535, S. (4 de abril de 1996). Ley 8535 de Salud Reproductiva y Sexualidad. Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Ley Nacional 25.673. (5 de noviembre de 2002). *Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- LLOVET, J.; RAMOS, S. (1998). *La practica del aborto en mujeres de sectores populares*. Buenos Aires: CEDES.
- LO VUOLO, R. (1993). ¿Una nueva oscuridad?. Estado de bienestar, crisis de integración social y democracia. En R. Lo Vuolo, & B. A, "La nueva oscuridad de la política Social". Buenos Aires: CIEPP Miño y Davila.
- MARIO, S.; PANTELIDES, E. (2009). *Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina*. Buenos Aires.

- MARTINEZ FRANZONI, J. (2007). *Regímenes Del Bienestar en América Latina*. Madrid: CEALDI. Fundación Carolina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de Diseño, Organización e Implementación*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Guía Técnica para la atención Integral de los Abortos No Punible*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación. DEIS. (2014). *Estadísticas vitales. Información básica 2013*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- MORAN FAUNDES, J. M. (2015). El desarrollo del activismo autodenominado "Pro-Vida" en Argentina, 1980-2014. *Revista Mexicana de Sociología* 77, n3 Julio septiembre, 407-436.
- MYSU. (2008). *Aborto con Medicamentos: Misoprostol en Uruguay*. Montevideo. Uruguay: IWHC. Fondo de acción para el aborto seguro.
- NU.CIM Beijing. (1995). IV Conferencia Internacional de la Mujer. *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Beijing: Naciones Unidas.
- OMS. (1992).
- OMS. (2003). *Aborto Sin riesgo Guía técnica y de políticas para sistema de salud*. Recuperado el octubre de 2015
- OMS. (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*.
- OMS. (diciembre de 2011). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 9 de diciembre de 2011, de OMS Atención primaria: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- OMS. (28 de diciembre de 2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>. Recuperado el 28 de diciembre de 2015, de Salud y Derechos Humanos.
- PETRACCI, M. P. M. (2012. N 12 diciembre). Petracci M, Pecheny M, El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana Sexualidad, salud y sociedad*. N 12 diciembre , 164-197.
- PETRACCI, M. R. S. (2006). *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires. Argentina: CEDES UNFPA.

- PETRACCI, M.; PECHENY, M. (2007). *Argentina Derechos Humanos y Sexualidad*. Buenos Aires. Argentina: CEDES, Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (IMS) Centro Latino Americano de Sexualidad y Derechos Humanos.
- PNSSyPR. ILE. (Abril de 2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud Nación.
- RAMOS, S.; ROMERO, M.; FEIJOO, J.; ZIMBERLAN, N. CELS CEDES. (2009). *Derechos Humanos en Argentina: informe 2009. "El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- ROMERO, M.; ABALOS, E.; RAMOS, S. (2013). La situación de la mortalidad materna en Argentina y el desarrollo del los objetivo del milenio. *Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. CEDES CREP*.
- ROMERO, M.; RAMOS S. (s.f.). *CLACAI. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro*. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/102>
- ROSENBERG, M. (2013). ¿Quiénes son esas mujeres? II. En A. C. Zurbriggen Ruth, *El aborto como derecho de las mujeres. Otra Historia es posible*. Buenos Aires: Herramienta.
- ROSTAGNOL, S. (Diciembre de 2005). Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino. Merida. venezuela, Merida, Venezuela.
- SHUSTER, G.; GARCIA JURADO, M. (2006). "Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en maternidad de salud sexual y reproductiva" en *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para c*.
- Socorristas en Red, feministas que abortamos. (2013). *Socorristas en Red, feministas que abortamos*. Recuperado el Diciembre de 2016, de <http://socorristas-enred.org/>: Socorristas en Red, feministas que abortamos
- STRECK, D. R. E. (2015). *Diccionario Paulo Freire, SABER (Erudito / saber popular / saber de experiencia) Nilton Bueno Fischer y Vinicius Lima*. Lima. Peru: CEA-AL Consejo de Educación Popular de América Latina y el Caribe.
- VASALLO, M. (2005). *En nombre de la vida*. Córdoba. Argentina: Católicas por el Derecho a Decidir.

VELAZCO BOSA, A.; PONCE DE LEÓN, R. (2007). Aborto Terapéutico. En Faundes A, *Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. FLASOG Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

ZIMBERLAN, N. (2007). *El aborto en Argentina*. Recuperado el diciembre de 2015, de www.despenalizacion.org.ar.

8. ANEXO

8.1 Guías de entrevistas

Guía de entrevistas a profesionales miembros del equipo de salud

Objetivo

Conocer cómo llegan las mujeres a la consejería integrales en salud sexual y reproductiva, para solicitar un aborto con misoprostol.

Conocer que información, conocimientos y demandas realizan las mujeres para realizarse un aborto.

- Nombre, Profesión, lugar de trabajo.
- Antigüedad en el cargo.
- Si se puede indagar algo sobre su formación específica en el tema.

1. ¿Desde cuándo trabajas en el Centro de Salud?
2. ¿Qué haces? ¿Sos parte del equipo de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva? ¿Desde cuándo?
3. ¿Quiénes atienden esta demandan? ¿Todos los profesionales? ¿Existe un programa o un equipo que dé atención/asesoramiento?
4. ¿Cómo se organizan para la atención?
5. ¿Cómo saben las mujeres de la existencia del espacio? ¿Se informa a las mujeres de este espacio? ¿Cómo? ¿Quién informa?
6. ¿Cómo es una consulta habitual, común de las mujeres que vienen a la consejería? ¿Qué preguntan? ¿Qué vienen buscando?
7. ¿Cómo sabes que quieren interrumpir un embarazo, lo preguntan? ¿Cómo lo solicitan?
8. ¿Qué piden? ¿Qué dicen?

9. Si puedes contame todo lo que recuerdes desde que llega una mujer hasta que se va ¿Cómo llega? ¿Qué pregunta? ¿Plantea miedos/ temores? ¿Dudas?

10. ¿Las mujeres llegan con decisiones tomadas, con certezas, dudas? ¿Cuáles? ¿En torno a qué?

11. ¿Vuelven después de un tiempo o no? ¿Quiénes vuelven y quiénes no?

12. ¿Vos como profesional del equipo de salud que pensás de la práctica del aborto con misoprostol?

13. ¿A tú criterio cuál o cuáles son las diferencias entre un aborto con misoprostol y otro tipo de abortos? ¿Existe alguna diferencia para las mujeres? ¿Cuáles?

Guía de entrevistas a mujeres que se hicieron aborto con misoprostol

Objetivos

Conocer qué saben y cómo desarrollan la práctica las mujeres que abortan con misoprostol.

Introducción general presentándome, diciendo que estoy haciendo un estudio para conocer más y desde allí ver si puede aportar a mejorar lo que hacen los profesionales con el aborto con misoprostol, para que todos conozcamos más. Le hablaré de que esto es parte del secreto profesional, que no lo sabrá nadie, pero que utilizare lo que ella me diga y que en ese caso le pregunto si quiere que la nombre con el nombre real u otro sobrenombre.

Preguntaría nombre, edad, y cómo está conformado su hogar cómo forma de introducirme luego preguntaría.

1. ¿Cómo te gustaría nombrarte en esta entrevista, preferís tener otro nombre? Le preguntaría si puedo grabar lo que dice.

2. Contame, ¿Con quién vivís? ¿Trabajas? ¿En dónde?

3. ¿Tenes hijos? -si la respuesta es sí- ¿Cuántos embarazos tuviste? ¿Y cuántos hijos/as?

4. ¿Interrumpiste algún embarazo? ¿Cuándo? ¿Cómo lo hiciste?

5. ¿Cómo te enteraste de que podías interrumpirlo? ¿Con quién/es vivías cuando decidiste abortar?

6. ¿Tenías pareja? ¿Compartiste esa decisión con él o ella? ¿Compartiste lo que te sucedía con otras personas? ¿Con quiénes? ¿Qué compartiste? ¿Por qué?

7. ¿Cómo llegaste a la decisión de interrumpir el embarazo?

8. ¿Vos sabias algo del aborto? ¿Qué sabias del aborto? ¿Quién te lo dijo? ¿Cómo te enteraste?

9. ¿Cómo lo hiciste?

10. ¿Qué sentiste cuándo decidiste hacer el aborto?

11. ¿Qué sentiste cuándo te lo hiciste?

12. Contame todo lo que hiciste desde que sabias que estabas embarazada y decidiste abortar hasta que eso terminó

13. Contame todo lo que se te pasó por la cabeza/corazón desde que tomaste la decisión hasta que te colocaste las pastillas

14. ¿Cómo compraste las pastillas ¿Cuánto te salieron? ¿Quién te colocó las pastillas?

(en casa de que así haya sido)

15. ¿Cuándo?
16. ¿Con quién estabas? ¿En dónde estabas?
17. ¿Qué pensás hoy?
18. ¿Qué significado para vos hacer el aborto?
19. ¿Te habías realizado un aborto antes?
20. En el caso de que conteste que sí ¿Sentís/pensás que hay alguna diferencia entre un aborto con pastilla al que te hiciste antes? En que es distinto ¿Lo sentís/vivís diferentes? ¿Por qué?
21. En el caso que conteste que no... ¿Sabes de otras mujeres que conoces? ¿Cómo lo han vivido? ¿Te parece que es diferente? ¿En qué?

8.2 Presentación y consentimiento

Hola, mi nombre es Alejandra Domínguez, soy docente e investigadora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba, y en este momento me encuentro realizando un estudio para la maestría en ciencias sociales, mi intención es conocer cuáles son las prácticas que tienen las mujeres y que saben o no, respecto del aborto con misoprostol, o con pastillas; de esta manera conocer cuáles son las dificultades, las prácticas, lo que saben o no sobre el aborto con misoprostol, y e intentar una aproximación que sirva a mejorar la práctica cada vez, para otras mujeres y para conocer más. Todo lo que aquí se diga es parte del secreto profesional, quiere decir que lo guardaré en secreto, utilizaré sólo algunos relatos con el nombre con el que te quieras reconocer, es decir el nombre real u otro que tú prefieras. Si estás de acuerdo continuamos y de lo contrario suspendemos. Si daban el consentimiento, luego de volver a explicar lo que no comprendían se les preguntaba: ¿cómo te gustaría nombrarte en esta entrevista? preferís usar otro nombre? ¿puedo grabar esta conversación? preferís que no lo haga?

La Maestría en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba cumple 25 años de trabajo ininterrumpido orientado a dotar a sus estudiantes de una sólida formación teórica, metodológica y multidisciplinaria en el campo de las ciencias sociales.

Esta colección Maestría en Ciencias Sociales 25 años presenta un conjunto de tesis destacadas defendidas en los últimos 10 años que aportan al mejor conocimiento de aspectos relevantes de la realidad provincial y nacional. Con su difusión, se pretende ampliar el acceso abierto a las producciones académicas de la carrera y promover su apropiación crítica por distintos públicos interesados.

