



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y ARTES

Maestría en Poder y Sociedad desde la Problemática del Género

“La voz de las mujeres para la elaboración de políticas
públicas con perspectiva de género”

AUTORA

María Paula Botta

DIRECTORA: Adriana Huerta

CO-DIRECTORA: Deborah Daich

Rosario - Julio 2025

Resumen

La presente investigación parte de preguntarse cuáles son las experiencias de las mujeres que transitaron un aborto posterior a la sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en efectores de la Red de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario, atendiendo a sus recorridos y a las significaciones otorgadas a los modos de acceso y calidad en el proceso de atención-cuidado, y analizando de qué modo los aspectos de la vida personal, la participación de las redes de apoyo, y las políticas públicas influyeron en la experiencia de abortar. Se trata de un estudio de tipo descriptivo con enfoque cualitativo, realizado a partir de entrevistas a mujeres que realizaron una interrupción de embarazo durante el año 2024 en efectores de la Red de Salud, siendo sus experiencias y testimonios esenciales como insumo para la elaboración de políticas públicas con perspectiva de género en la atención de los abortos.

Palabras claves: aborto, acceso, calidad, derechos, políticas públicas

Agradecimientos

A las mujeres que aceptaron ser entrevistadas para este trabajo, y a todas las personas con capacidad de gestar que acompañó cada día, intentando mejorar el acceso y la calidad en la atención.

A la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, por lo construido, por la lucha y por enseñarme el camino.

A la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito por sostener la lucha incansablemente.

A la banda Soco-Docs (Socorristas en Red y médicas amigables) por el aprendizaje colectivo para acompañar abortos seguros con misoprostol allá por el año 2012 cuando aún no teníamos ley.

A la Facultad de Ciencias Médicas (UNR) por haberme enseñado la importancia de la educación y la salud pública.

A la Maestría en Poder y Sociedad desde la problemática del género (FHyA-UNR) por permitirme acercarme a los estudios de género.

A mis compañeras de trabajo del CEMAR: Lola y Bere, por poner el cuerpo todos los días garantizando abortos seguros, amorosos y de calidad, y sobre todo por insistirme en terminar esta tesis.

A mis hermanos, Mauro y Hernán, por impulsarme a estudiar y formarme en lo que me gusta desde chica.

A mis directoras Adriana y Deborah por el acompañamiento, el apoyo y la paciencia en mis idas y vueltas.

A Mer por la calidez, la lectura y el aliento en la última etapa.

A mi compañera Fla por aguantarme todos los días, y por confiar en mí.

Índice

Introducción

La hegemonía médica en la atención en salud y la necesidad de escuchar la voz de las mujeres.....	6
Objetivos.....	8
La atención del aborto en Rosario.....	9
El aborto como problema de salud, pero también de derecho a decidir.....	10
El aborto desafía la cultura patriarcal.....	12
Mi historia de implicación en la tesis.....	14

Capítulo 1: Sobre el aborto en Argentina. Contexto de estudio

La lucha por el aborto legal en Argentina.....	20
Marco Legal en Argentina.....	25
Implementación de la Ley 27.610.....	31
Rosario y un sistema de salud de vanguardia.....	33
Rosario: capital del aborto.....	34

Capítulo 2: Acceso y calidad en la atención del aborto

Accesibilidad.....	38
Tensión entre procesos longitudinales de atención en centros de salud y consejerías hospitalarias.....	40
Calidad, desde una mirada sanitaria.....	45
Ética del cuidado en la atención del aborto. El aporte de los feminismos.....	47
El sinuoso camino de acceso a la información.....	49

Capítulo 3: Estrategia metodológica..... 51

Capítulo 4: Presentación de las mujeres entrevistadas

Situación sociodemográfica.....	55
Historias de embarazos y abortos previos.....	59
Redes de apoyo.....	62
Proceso de toma de decisiones.....	66

Capítulo 5: La accesibilidad como vínculo entre las mujeres y los servicios

Factores vinculados a los itinerarios recorridos para acceder a la interrupción del embarazo: el desafío de la longitudinalidad de atención.....	77
La dimensión simbólica de la accesibilidad.....	84
La accesibilidad organizacional: modos de abordaje en centros de salud y en consejerías hospitalarias.....	89
La dimensión económica de la accesibilidad.....	91

Capítulo 6: El acompañamiento como indicador de calidad

Aseguramiento de insumos.....	96
-Disponibilidad de métodos seguros para IVE y posibilidad de elección.....	97
La atención integral y continua.....	105
- La solicitud de estudios complementarios.....	105
- Uso de métodos anticonceptivos, antes y después del aborto.....	109
La consejería como vínculo.....	115
-Experiencia del aborto.....	115
-No existe cuidado sin la instauración de un vínculo.....	120
Sentipensares del aborto.....	123

Capítulo 7: Discusión y conclusiones.....	126
--	------------

Referencias bibliográficas.....	135
--	------------

Anexo

Modelo de entrevista.....	146
---------------------------	-----

Índice de cuadros

Cuadro 1: Características sociodemográficas de las entrevistadas.....	54
Cuadro 2: Características de las entrevistadas en relación con el proceso de atención y el acceso al sistema de salud.....	76
Cuadro 3: Características de las entrevistadas en relación con la calidad en la atención.....	95

“Asumamos la responsabilidad que como sujetos nos compete de elegir el sentido de nuestras prácticas. La discusión hoy es si vamos a trabajar para reproducir las lógicas de dominación, en este caso el dominio del cuerpo de las mujeres o si vamos a trabajar para inscribir nuestra práctica en una búsqueda permanente de cambio, de liberación, de transformación”.

(Débora Ferrandini, 2010)

INTRODUCCIÓN

La hegemonía médica en la atención en salud y la necesidad de escuchar la voz de las mujeres

“...Entonces, me di cuenta de una cosa fundamental: para ser médico revolucionario o para ser revolucionario, lo primero que hay que tener es revolución...”
(Ernesto Che Guevara, 1960)

La salud no es un campo neutro, antes bien, en él “diversos actores, el Estado, las corporaciones médicas y farmacéuticas, organismos internacionales, movimientos sociales, entre otros, disputan la hegemonía” (Szwarc et. al, 2022, p. 205). Menéndez desde la perspectiva de la salud colectiva, propone el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH), para caracterizar “un modelo que es biologicista, pragmático e individualista, y que no solo cumple funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación” (Menéndez, 2020, p. 2). Este modelo tuvo un rol clave en la regulación de la sexualidad y reproducción de las mujeres o personas con capacidad de gestar, negando los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

La hegemonía de la perspectiva biomédica y de una visión tradicional de género en el campo sanitario, interfiere en el logro de la salud integral, el respeto de los derechos humanos, el diálogo interdisciplinario y la complementariedad del trabajo en el equipo de salud, que postula el enfoque de la salud sexual y reproductiva. Las resistencias de los/as profesionales se concentran mayoritariamente en el plano de las convicciones morales, los sistemas de valores, los estereotipos y las preconcepciones construidas socialmente e incorporadas subjetivamente (López Gómez, 2015, p. 68). Como correlato, muchas de las mujeres que transitan la experiencia de un aborto en la red de salud se encuentran atravesadas por las resistencias profesionales y la objeción de conciencia, y teniendo que derribar múltiples barreras para lograr el acceso al sistema de salud. En tal sentido, resulta imprescindible repensar los modos de atención en salud caracterizados por ser biologicistas, ahistóricos, asociales, pragmáticos, mercantilistas, y carentes de perspectiva de género.

Hasta la fecha en Argentina no existen fuentes continuas ni sistematización de datos especialmente relevados que den cuenta de la calidad de los servicios de aborto en el sistema de salud. Después de cuatro años de implementación de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se pueden observar muchos logros, pero también grandes desafíos.

Los datos cuantitativos disponibles sugieren que el acceso al aborto ha mejorado pero persisten grandes desigualdades entre provincias del país y entre áreas dentro de una misma provincia (DNSSR¹, 2022).

La relación entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto es un locus privilegiado de investigación, que permite monitorear y evaluar las posibilidades, dificultades y resistencias que encuentra la agenda de género y derechos sexuales y reproductivos en el campo sanitario. Según Ramos y otras “el punto de vista de las personas que buscan abortos en el sistema de salud resulta fundamental en el contexto actual de avances de discursos antiderechos, para evaluar el grado de ajuste de los servicios a las necesidades y expectativas de la población usuaria. Poder relevar experiencias reales de utilización de los servicios también permite identificar barreras en el acceso al aborto (simbólicas, organizacionales, económicas, etc) que ayuden a comprender las inequidades registradas, evaluar si la ley se está implementando de manera apropiada según los estándares que el marco normativo y las recomendaciones internacionales indican, y considerar potenciales áreas de mejora en la calidad de los servicios” (Ramos et. al. , 2022, p. 28).

La mayoría de las políticas públicas que se han implementado en materia de salud sexual y reproductiva se basan en datos estadísticos sobre la morbilidad y mortalidad de las mujeres, y poco se preguntan sobre cuál es la mirada de ellas acerca de sus derechos. Es necesario incorporar la perspectiva de las mujeres a la hora de pensar políticas públicas en materia de aborto, ya que son sus cuerpos quienes se encuentran ante un embarazo no intencional, y son ellas quienes van a decidir cómo, cuándo, con quién y dónde abortar. Harding plantea que la experiencia de las mujeres ofrece los nuevos recursos con los que cuenta la investigación. “Al empezar por la vida de las mujeres para identificar y formular las preguntas para la investigación se han creado patrones de conocimiento distintos, y que hay un método específico producido por los feminismos” (Harding, 1998, p. 33).

En el año 2017 presenté mi Tesis de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) que se tituló: “Aborto, un derecho de cada mujer”, en la que se describe y caracteriza el modo de comprensión del problema del aborto a partir de la voz de profesionales de la salud del sistema de salud público de Rosario, desde la tensión conceptual entre una política de reducción de daños y una política centrada en el derecho a decidir, en tanto modos de

¹ DNSSR: Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

comprensión de la determinabilidad del problema de salud. Esta iniciativa había surgido de que pensar el problema del aborto solo como un problema de inequidad en el acceso vinculado a las muertes maternas, genera la despolitización, medicalización del aborto, y elude discutir la matriz heterosexual reproductiva (Brown, 2007, p. 19).

En esta tesis, la propuesta es avanzar en esta problemática, utilizando la epistemología del punto de vista (standpoint): desde este enfoque se subraya una perspectiva que se construye por y desde las experiencias de las mujeres. “Esta teoría supone reafirmar que el conocimiento es situado. Y en este caso el punto de vista desde el que se habla es el feminista” (Bach, 2010, p. 13). Según Bach, en su artículo “el rescate del conocimiento”, para Dorothy Smith (quien fue una de las primeras teóricas en hablar de esta perspectiva) “el punto de vista de las mujeres se define por negación a las formas ideológicas que excluyen o no tomaron en cuenta su experiencia como sujetos de conocimiento. Y la única forma de conocer el mundo socialmente construido es conocerlo desde adentro; hay que comenzar con la experiencia directa desde donde estamos localizadas corporalmente” (Bach, 2010, p. 15).

Objetivos

General:

Describir y comprender las experiencias de las mujeres que transitaron una interrupción voluntaria o legal del embarazo en diferentes efectores de la Red de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario durante el año 2024, atendiendo a sus trayectorias por la red de servicios de salud y a las significaciones otorgadas a los modos de acceso y atención-cuidado.

Específicos:

- Caracterizar el proceso de toma de decisiones para realizar la interrupción voluntaria o legal del embarazo (IVE/ILE).
- Describir el itinerario de efectores recorridos desde la toma de decisión hasta la efectivización de la IVE/ILE y las vivencias que acompañaron esos recorridos.
- Analizar la perspectiva de las usuarias en torno a la calidad en los procesos de atención-cuidado vivenciados a lo largo de la atención de la IVE/ILE.
- Comprender las barreras en el acceso y los facilitadores percibidos por las mujeres en sus trayectorias de búsqueda de atención.

La atención del aborto en Rosario

En el sistema de salud público de la ciudad de Rosario, bajo la estrategia de atención primaria de la salud, la mayoría de las atenciones en salud, incluida la atención del aborto, se encuentran descentralizadas, garantizando accesibilidad y universalidad en la llegada de las/os usuarias/os al sistema de salud, en efectores cercanos a sus domicilios. Hay 50 centros de salud (CS) dependientes de la Secretaría de Salud Pública (SSP) Municipal de Rosario y 30 CS de dependencia provincial, distribuidos en los 6 distritos de la ciudad. Los CS suelen ser mayoritariamente los efectores de primer contacto de las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. Sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. En él se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Son el principal lugar de acceso a la solicitud de una interrupción voluntaria del embarazo.

Además de los CS del primer nivel de atención, la Red de Salud Pública Municipal cuenta con una amplia estructura de atención:

- El Centro de especialidades médicas ambulatorias (CEMAR) es un centro médico de atención de especialidades, que recibe a las/os usuarias/os de la ciudad y la región derivadas/os de sus centros de salud o de los hospitales municipales, que precisan atención de 2° nivel de complejidad. Se dedica exclusivamente a la resolución de problemáticas que implican cierto grado de especialización y tecnología, y que no requieren de internación hospitalaria. Cuenta con un servicio de cirugía ambulatoria, dentro del cual se encuentra el servicio de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para interrupciones de embarazo. Al ser un lugar de referencia, todas las personas que llegan al CEMAR para su atención lo hacen con un turno previamente asignado desde su CS. Cabe señalar que al ser un espacio que brinda atención desde el año 2016 en AMEU; en muchas ocasiones se acercan mujeres de forma espontánea solicitando IVE/ILE, y se brinda la atención y consejería correspondiente. Una vez brindadas las prestaciones específicas, las personas son nuevamente referenciadas a sus CS.

- 3 hospitales de segundo nivel de complejidad en la atención (Hospital Roque Sáenz Peña, Hospital Alberdi y Hospital Carrasco): estos efectores cuentan con salas de internación, consultorios externos de especialidades, y con consejerías hospitalarias (CH) en IVE/ILE y servicios donde también se realizan interrupciones mediante la técnica de AMEU.

- El Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA) de 3° nivel de complejidad: funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias. Aquí se realizan las interrupciones de embarazo que requieren de mayor complejidad.
- El Hospital de Niños Víctor J. Vilela (HNVJV): es un hospital general pediátrico de mediana y alta complejidad. Es el único en Rosario y la región en condiciones de resolver consultas generales y emergencias pediátricas, ya que cuenta con todas las especialidades tanto en las áreas clínicas como quirúrgicas. En él no se realizan prácticas de IVE/ILE habitualmente.
- La Maternidad Martín y el Hospital Roque Sáenz Peña son los dos efectores donde se producen los nacimientos, y también donde se recepcionan las solicitudes de atención de abortos del segundo trimestre.

La estrategia de atención primaria como organizadora del sistema y la conformación de equipos de referencia con población a cargo en los efectores del primer nivel de atención, son elementos claves pensados para lograr procesos integrales y longitudinales de cuidado de la salud de la población, incluyéndose la atención de las IVE/ILE en esta lógica.

En tal sentido y habiendo transcurrido ya más de dos décadas de este modelo de atención, resulta pertinente recuperar la voz y experiencia de las mujeres para intentar analizar en qué medida la estrategia de adscripción territorial y la lógica de equipos de referencia, enmarcados en un proceso longitudinal de atención, favorecen o no el acceso y la calidad en la atención de las IVE. Ligado a ello, otro interrogante gira en torno a cuáles serían las condiciones necesarias para que la estrategia de adscripción territorial a equipos de referencia asegure el acceso y cuidado de calidad en la atención de las IVE.

Para la delimitación del objeto se tendrán en cuenta los modos de acceso, la modalidad de abordaje en el proceso atención-cuidado, y la técnica y procedimientos de aborto utilizados.

El aborto como problema de salud, pero también de derecho a decidir

*Educación sexual para conocer;
anticonceptivos para disfrutar;
aborto legal para decidir...*

Si bien el número de muertes maternas por aborto viene disminuyendo desde el año 2017 (Romero et. al, 2024), el aborto continúa siendo un problema de *salud* por haber sido

una de las principales causas de mortalidad materna (o mejor dicho mortalidad en personas con capacidad de gestar ya que no son madres²) durante tantos años. En este sentido, también se constituye en un problema de *justicia social* ya que son las personas con menos recursos socioeconómicos quienes tienen mayor riesgo de morir por entrar en circuitos clandestinos de atención y exponerse a abortos inseguros. Pero también es necesario nombrar el problema del aborto como un problema de derechos, de derechos de las mujeres o personas con capacidad de gestar (PCG)³ a decidir sobre sus cuerpos.

Durante el debate de la Ley de IVE/ILE⁴, tanto en el año 2018 como en el 2020 en Argentina, la discusión sobre la legalización o despenalización del aborto se centró en la inequidad en el acceso a los servicios de salud, asociado al aumento de la mortalidad de mujeres o personas gestantes. Esta fue una estrategia que permitió la inscripción de la problemática en la agenda del Estado. “La legitimidad del derecho a la salud y la igualdad social permitió traducir la demanda por el derecho al aborto en un lenguaje escuchable para la sociedad y por ende pasible de ser objeto de debate público político. A la vez, abrió la posibilidad de intervenir sobre la vida de las personas hoy, aquí y ahora” (Brown, 2007). La sanción de la Ley 27.610 de IVE, el 30 de noviembre de 2020 permitió comenzar a saldar una deuda que la democracia tenía con las mujeres.

La óptica de reducción de daños subsume los derechos de las mujeres y restringe el desarrollo de una clínica comprometida con los mismos, en la medida en que limita el concepto de salud al de “no enfermedad”. Esto impacta en el trabajo clínico forzando un accionar algorítmico/protocolizado donde el conflicto político queda oculto. Las políticas centradas en la reducción de daños se orientan hacia una población (en tanto objeto construido) en la procura de la mejoría de ciertos indicadores de salud, reduciendo la misma a la ausencia de enfermedades. Es una tecnología de la salud pública, cuyo objetivo en materia de aborto es disminuir la tasa de incidencia de la mortalidad materna. Se anclan desde un paradigma positivista, con un modelo unicausal y biomédico que confluyen en prácticas protocolizadas, normatizadas, totalmente escindidas de los derechos humanos, entre ellos, los

² Afirma Femenías: “en la categoría mortalidad materna en caso de aborto se cumple la paradoja de llamar madre a una mujer que aborta para evitar serlo. Como una violencia simbólica más ...” (2018, p. 52)

³ A lo largo de este trabajo me refiero mayoritariamente a mujeres o pacientes/usuarios del sistema de salud, ya que por el carácter aleatorio de la muestra, las personas entrevistadas se identificaron como mujeres cisgénero, sin embargo cabe recordar que la Ley 27.610 de IVE contempla en su artículo 1, que el derecho al aborto debe ser reconocido no solo a mujeres sino también a otras identidades de género con capacidad de gestar.

⁴ La ley actual 27.610 (2020) se nombra como “Ley de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo” (IVE). A lo largo de este trabajo por momentos se nombrará como IVE/ILE haciendo alusión a la diferencia que se establece en el Protocolo de atención del Ministerio de Salud de la Nación en donde según los plazos que contempla la ley: se nombra IVE hasta la semana 14 inclusive de gestación, e ILE luego de ese plazo.

sexuales y no-reproductivos. La normatización de las prácticas debería ser utilizada como referencia y no como un mandato ya que de esta manera se somete a la mujer a una práctica de protocolo subsumiendo sus derechos y ubicándola solo como sujeto reproductor. Por otro lado, impide a las/os profesionales una escucha activa, perdiéndose la clínica creativa y aumentando la posibilidad de alienación. En este sentido, cuando la demanda por el derecho al aborto se centra en argumentos ligados a los altos índices de mortalidad en personas gestantes, se mantiene dentro de los umbrales de tolerancia del patriarcado pues se silencia la cuestión del placer, del erotismo, del ejercicio libre de las sexualidades, de las aristas que hacen de ese tema personal un asunto a debatir políticamente: el hecho de que está sujeto, como toda sexualidad, al orden normativo social que regula, disciplina y sanciona prácticas, cuerpos y sujetos.

El reclamo por el derecho al aborto pone en discusión uno de los puntos centrales del patriarcado: la subordinación de las mujeres, la ausencia de autonomía en relación a la toma de decisiones autónomas sobre el propio cuerpo, la sexualidad y eventos ligados con la reproducción. La imposibilidad de debatir públicamente de aborto durante tantos años, en una sociedad como la Argentina, fue coherente con la enorme dificultad de introducir en el discurso público y mucho más en el institucional, imágenes de ser mujeres diferentes a las tradicionales, de poner en circulación la idea de la no – maternidad y del ejercicio de sexualidades no hetero – normativas (Brown, 2008).

El aborto desafía la cultura patriarcal

*“El aborto rompe con el pacto social sagrado: la maternidad. La ruptura de este mandato debilita el poder patriarcal”
(Fuentes Belgrave, 2006)*

El embarazo hasta hoy en día es un acto que solo puede ser atravesado por mujeres o por otras PCG, y ese acto ha construido parte de la idea acerca de esos géneros, ya que da ciertas posibilidades de ser o no ser. Desafiar la cultura patriarcal, oponiéndose a la maternidad obligatoria a través del aborto, genera la transformación de un rol históricamente asignado a las mujeres.

Simone de Beauvoir (1950) en *El Segundo Sexo* afirma que “la libertad de las mujeres comienza por el vientre”. Palomar (2005) en su artículo *Maternidad: historia y cultura*, retoma a las feministas de la época que afirmaron que la maternidad es la fuente de la

devaluación de la mujer: Ortner la consideraba un lastre para su trascendencia; Juliet Mitchell veía a la crianza de los niños como un instrumento de opresión; y Shulamith Firestone convocaba a una ruptura del lazo entre la mujer y la maternidad.

La segunda ola del feminismo se caracterizó por politizar las experiencias personales, demandó el derecho a la maternidad voluntaria, el acceso a la anticoncepción y al aborto, y cuestionó el control patriarcal sobre el cuerpo de las mujeres. Un problema que parecía personal pero no lo era. Las mujeres pueden hablar, y entre ellas hay cosas en común. Tarducci retoma la idea de que el trabajo del feminismo en tantos frentes “va erosionando poco a poco la cultura patriarcal, tarea muy difícil, porque no solo afecta áreas públicas de la vida, sino que fueron consideradas aquellas íntimas o naturales durante siglos: los lazos familiares, la sexualidad, el derecho a disponer de nuestro cuerpo en libertad” (Tarducci, 2010, p. 22). La discusión en torno a la maternidad fue uno de los ejes de las feministas de la segunda ola, según Palomar: “la maternidad es un fenómeno histórico y cultural, determinado por el momento como por el contexto de su producción, y en el cual se pone en juego el plano subjetivo y la dimensión estructural, para construir el sentido de esta compleja práctica social que consiste de manera sintética en la reproducción del grupo social y la atención de los nuevos sujetos sociales” (Palomar, 2005, p. 53).

El patriarcado es uno de los principales determinantes de los modos de vida de las mujeres, y opera a través de estas tecnologías sosteniendo los mandatos centrados en el matrimonio heterosexual, la maternidad, el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico a cargo de las mujeres, la sumisión y la dependencia económica de la mujer. Son estos estereotipos de género los que van produciendo un tipo de subjetividad que logra sostener la sociedad patriarcal.

Butler afirma: “se lleva a cabo la performance con el propósito estratégico de mantener el género dentro de un marco binario. La performance hace explícitas las leyes sociales. Que la realidad de género es performativa significa, que es real solo en la medida en que es actuada. Actuar mal el propio género inicia un conjunto de castigos a la vez obvios e indirectos” (Butler, 1998, p. 307-311). Por lo tanto, romper con la maternidad obligatoria desencadena un castigo, una penalización.

Mi historia de implicación en la tesis

Para Harding como para otras teóricas feministas, poder y conocimiento van de la mano. La autora sostiene que es necesario explicar el género, la raza, la clase y rasgos culturales de quien investiga, y si es posible la manera de cómo sospechan que todo eso ha influido en sus proyectos de investigación (Bach, 2010, p. 10). Esta relación entre quien investiga y el objeto de investigación es lo que se denomina “la reflexividad de la ciencia social” (Harding, 1987).

Mi nombre es María Paula, pero la mayoría de las personas me conocen como “Pali”. Me defino feminista, militante de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito⁵ desde el año 2012 y una de las fundadoras de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en el año 2014⁶.

Soy médica, especialista en medicina general y familiar, una especialidad médica poco conocida, o muchas veces confundida con la Clínica Médica. La medicina general y/o familiar, es una especialidad que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo, su familia y la comunidad. Las/os médica/os generales y/o familiares somos profesionales que a partir de los valores de universalidad, equidad y solidaridad, reconocemos los determinantes del proceso salud-enfermedad tanto a nivel colectivo como individual en sus dimensiones generales, singulares y particulares. Trabajamos en la atención integral, continua y longitudinal de una población con referencia territorial, responsabilizándonos del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud enfermedad de la comunidad. Realizamos intervenciones de carácter promocional,

⁵ *Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal seguro y gratuito*: es una amplia y diversa alianza federal, que articula y recupera parte de la historia de las luchas desarrolladas en nuestro país en pos del derecho al aborto legal, seguro y gratuito. Tiene sus simientes en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres realizado en Rosario en el año 2003 y en el XIX ENM desarrollado en Mendoza en el 2004. Impulsada desde grupos feministas y del movimiento de mujeres, como así también desde mujeres pertenecientes a movimientos políticos y sociales, cuenta en la actualidad con la adhesión de 305 grupos, organizaciones y personalidades vinculadas a organismos de derechos humanos, de ámbitos académicos y científicos, trabajadoras/es de salud, sindicatos y diversos movimientos sociales y culturales, entre ellos redes campesinas y de educación, organizaciones de desocupadas/os, de fábricas recuperadas, grupos estudiantiles, comunicadoras y comunicadores sociales, etc. <https://abortolegal.com.ar/>

⁶ *Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir*: es una organización conformada por más de 2000 profesionales de la salud de diferentes disciplinas de todo el país. Nace en el marco del 28 de septiembre del 2014, en el día de lucha por la despenalización y legalización del aborto en América Latina. Es parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, seguro y gratuito. En su carta de presentación se define como: “Somos profesionales de la salud de varias generaciones. Somos lxs que hacemos la atención directa, cara a cara, en cada territorio de nuestro país: en los centros de atención primaria de la salud, en los hospitales, en las giras médicas. Somos el eslabón más concreto de la política pública, estamos allí donde las leyes y los programas de salud se convierten en derechos para las personas, o en el otro extremo, se vulneran...” <http://www.redsaluddecidir.org/quienes-somos/>

preventivo y asistencial considerando a la persona, como un sujeto, dentro de su contexto familiar y comunitario. Para la medicina general y/o familiar los problemas de salud contruidos a partir de la realidad cotidiana deben ser analizados desde las posibilidades que ofrecen para su transformación, en los distintos niveles de intervención. Para tal fin, se toma el modelo de determinaciones, distinguiendo un nivel estructural que establece condiciones particulares de vida en los grupos sociales, que se expresan en las posibilidades de los individuos de disfrutar la vida, enfermar y morir. Cada problema de salud implica entonces posibilidades de intervención en lo singular, lo particular y lo general, según un análisis estratégico (FAMG, 2010).

Realicé mi formación de posgrado en Médica General y Familiar en un centro de atención primaria de la salud, el Centro de Salud (CS) “Emaús” en el distrito noroeste de la ciudad de Rosario dependiente de la Secretaría de Salud Pública de Rosario (SSP), y luego trabajé 3 años en el CS “Sta. María Josefa Rosello” en el distrito oeste. Estas experiencias laborales fueron para mí determinantes de la forma en la cual concibo los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

En el transcurso de mi formación como médica general (desde el año 2012 al 2015) el aborto interpeló mi práctica, en realidad fueron las experiencias de las mujeres en situación de aborto quienes interpellaron mi práctica clínica. Allí por el año 2012 cuando realizaba guardias en un hospital de tercer nivel de complejidad, siempre intentaba recepcionar y atender los motivos de consulta que se anunciaban como “*ginecorragia*”. Al ingresar las personas, la escena se repetía, eran mujeres jóvenes con sospecha o confirmación de embarazos que transitaban abortos en curso o abortos incompletos, y la primera pregunta que realizábamos era: *¿fue espontáneo o te pusiste algo, decinos la verdad?*.

¿De dónde surgen estos interrogantes?, ¿Quién nos había enseñado esa anamnesis? ¿Qué diferencia había para la atención de un aborto espontáneo o un aborto inducido? La realidad es que la atención era la misma, descartar una complicación grave y evaluar si requería o no una interconsulta con el servicio de ginecología para internación. Sin embargo, las preguntas que realizábamos apuntaban claramente a juzgar un comportamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención integral para el aborto incluye el suministro de información, independientemente de si el aborto es espontáneo o inducido, y la atención posterior al aborto (OMS, 2022).

En contraposición en mi práctica en un primer nivel de atención, en los CS (comúnmente y mal llamados “salitas” o “dispensarios”), me encontraba con mujeres que ante el diagnóstico de un embarazo, al llegar a las consultas, podían manifestar: “*no lo puedo tener*”, “*no lo quiero tener*”, “*me separé, estoy sola*”, “*estoy en una situación de violencia*”, “*sufrió un abuso sexual*”, “*soy muy chica para ser mamá*”, etc. Y también en esos espacios había otro lugar para la escucha por parte del equipo de salud, otro tiempo, otro vínculo. Entonces fue allí en el contacto cercano con las personas y el territorio que comprendí la importancia de acompañar las situaciones de embarazos no intencionales. Y en ese contexto fue que comencé a mirar, escuchar y sentir lo que atravesaban las mujeres que deciden no ser madres, y allí sin dudas mi vida profesional como médica cambió completamente de rumbo y comenzó mi mayor sensibilidad con la temática. Siempre me definí a favor del aborto, pero nunca me había preguntado por qué, ni había profundizado demasiado al respecto. Al principio resultaba más escuchable (para mí y para el resto), decir que estaba a favor del aborto porque es la principal causa de mortalidad materna. Pero luego colectivamente, sobre todo desde los espacios de militancia, comenzamos a identificar que si bien éste, es un claro problema de salud, antes que nada es un problema de derechos a la salud reproductiva, del derecho de las personas a decidir sobre sus propios cuerpos.

Este recorrido no fue en soledad. Comencé realizando acompañamientos de abortos seguros con misopostol en una articulación con Socorristas en Red⁷ en bares de la ciudad de Rosario. Yo era médica pero no tenía el conocimiento de cómo se realizaba un aborto. Por esos tiempos la temática del aborto estaba ausente en las currículas de grado y de posgrado de la universidad. Comenzamos junto a un grupo de residentes de medicina general a recibir información de Socorristas en Red, a leer el libro “*Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*” de la organización Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, y a formarnos colectivamente buscando información, en un marco de “co-producción de saberes en relación al misoprostol y el aborto” (Mateo, 2024, p. 192)⁸. Las redes feministas de acompañamiento comienzan a explicarle a las/os profesionales de la salud cómo utilizar el misoprostol de manera segura y se conforma una articulación entre médicas amigables y Socorristas en Red. Y en esta articulación se puede evidenciar que “cuando las/os profesionales de la salud derivan a las mujeres al socorro, ponen en acto un

⁷ *Socorristas en Red*: es una colectiva nacional que surge en el año 2009 conformada por una red de relaciones inscriptas entre activistas, colectivas y grupos feministas. Las socorristas realizan asesoramiento y acompañan a mujeres que deciden abortar a través de una línea telefónica.

⁸ Para ampliar sobre el descubrimiento del misoprostol como droga abortiva: Ver Natacha Mateo (2024). Aborto y misoprostol: historia de una pastilla.

reconocimiento de los saberes y de la experticia de las socorristas para acompañar abortos” (Zurbriggen et. al, 2018, p.104).

En este marco de activismo y militancia, con un fuerte compromiso personal, pero también colectivo, entendía que era mi obligación garantizar derechos, en este caso abortos seguros, como trabajadora de la salud pública. Finalmente, el 28 de septiembre del 2014 formamos junto con compañeras de Buenos Aires y otras provincias: *la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, en el marco de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito*, que comienza a conformarse como un movimiento social contemporáneo. La conformación de estos nuevos movimientos se distancian del modelo tradicional de la organización política y asumen una creciente autonomía de los sistemas políticos. La posibilidad de que las demandas colectivas se expandan y encuentren espacio depende del modo en que los actores políticos logren traducir en garantías democráticas las demandas procedentes de la acción colectiva (Melucci, 1994, p. 121). Estos movimientos no se construyen desde una lógica de clase, a diferencia del movimiento obrero, sino que surgen en el marco de relaciones sociales, de contacto humano, afectivo, en una relación entre el sentir y el pensar. La Red de Profesionales se transformó entonces en un lugar de pertenencia.

Fue en el año 2015 cuando decidí realizar mi rotación especial de la carrera de Posgrado de Medicina General en una clínica de interrupción legal del embarazo (ILE) en la Ciudad de México D.F durante 3 meses con el apoyo de Ipas⁹. En esta elección existió una fuerte necesidad de capacitarme en la técnica quirúrgica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para interrupciones de embarazo, teniendo en cuenta que hasta esa fecha no se realizaba en nuestro país por no existir profesionales de la salud capacitadas/os. La AMEU es una técnica quirúrgica recomendada por la OMS cuando falla el tratamiento con medicamentos (misoprostol o mifepristona y misoprostol) o simplemente cuando es elección de la mujer o PCG. Esta técnica es un ejemplo de lo que Hester plantea como la apropiación de tecnologías por parte del movimiento feminista, y afirma “nos encontramos con que el desarrollo y la apropiación de tecnología fueron parte decisiva de los esfuerzos del movimiento feminista por desafiar el sexismo y el afán de lucro del sistema médico de atención en salud” (Hester, 2018, p.87).

⁹ Ipas Latinoamérica y el Caribe (Ipas LAC) es una organización regional que forma parte de una red internacional sin fines de lucro que trabaja en América, África y Asia para asegurar que todas las mujeres y personas con capacidad de gestar puedan elegir sobre su reproducción en libertad y goce.

En octubre de 2016 con el acompañamiento del coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de la SSP de Rosario y con el apoyo político del Secretario de Salud, logramos comenzar a realizar AMEU ambulatorios (sin necesidad de internación) para IVE en 3 hospitales de la ciudad de Rosario; siendo estos pioneros en el país. Desde esa fecha me encuentro trabajando en uno de esos 3 efectores, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR), también dependiente de la SSP, como una de las médicas referentes para realizar la técnica de AMEU en interrupciones de embarazo.

Ese mismo año (2016), el centro de estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas (CECM) de la UNR, presidido por la agrupación Alde¹⁰, me convoca a dictar una materia electiva sobre aborto, ya que hasta esa fecha no existían contenidos relacionados con la temática en la currícula. El plan de estudios de la carrera de Medicina de la UNR exige 300 horas de materias electivas. Así fue que comencé la escritura de una propuesta, convocando a la Red de Profesionales de la regional Rosario a ser parte de la misma. Ese mismo año se elaboró y se presentó la propuesta académica; sin embargo, llevó más de un año de debate al interior de la facultad, hasta que en mayo del 2017 se aprueba en el Consejo Directivo de forma unánime. Llevamos 9 años ininterrumpidos del dictado de la materia “el aborto como problema de salud” con la Dra. Celeste Alarcón Loizaga, junto con quien hoy en día también formamos parte de la Secretaría de Género de la Facultad de Ciencias Médicas con la tarea de transversalizar la perspectiva de género en las 3 carreras de la facultad.

En 2018 tuve la posibilidad de participar del debate por la legalización del aborto en el Congreso de la Nación, llevando la experiencia de trabajar en la atención de interrupciones de embarazo y como miembro de la Red de Profesionales, y decía: “venimos a pedir a gritos una ley acorde a los estándares internacionales”¹¹. Sin embargo, tuvieron que transcurrir todavía dos años más para lograr la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo

En algún sentido, este trabajo de tesis, es el fruto de estos años de trabajo y militancia en relación con el aborto, que no solo incluyó la lucha por la legalización, sino que posterior a ella, se concentra en poder monitorear la implementación de la ley y los modos de acceso y calidad.

¹⁰ ALDE: Agrupación de lucha por los derechos de los estudiantes. Organización vinculada al Partido Comunista Revolucionario (PCR)

¹¹ Presentación disponible:

<https://latfem.org/abortolegalya-venimos-pedir-gritos-una-ley-acorde-los-estandares-internacionales/>

A continuación en el capítulo 1 se presenta una reseña histórica de la lucha a favor del aborto en nuestro país, el rol clave de los Encuentros Nacionales de Mujeres en esta lucha; el marco legal regulatorio y finalmente el contexto específico del sistema de salud de Rosario, sistema de salud de vanguardia en lo general y también en lo particular de las políticas de aborto.

En el capítulo 2 se profundiza en los protocolos de atención, caracterizando los modos de acceso y calidad en el proceso de atención-cuidado del aborto.

En el capítulo 3 se presenta la estrategia metodológica desarrollada.

En el capítulo 4, se presentan los datos y aspectos generales de las entrevistas realizadas a mujeres que realizaron interrupciones de embarazo durante el año 2024, en el capítulo 5 se analiza el acceso de estas mujeres al sistema de salud, en el capítulo 6 se aborda la calidad en el proceso de atención-cuidado, y finalmente en el capítulo 7 se establecen las conclusiones.

CAPÍTULO 1 - Sobre el aborto en Argentina. Contexto de estudio

La lucha por el aborto legal en Argentina¹²

Uno de los principales actores que se opone a la legalización del aborto en la región es la Iglesia Católica, que considera a la procreación el bien primario del matrimonio; y el placer sexual y el deseo como serios problemas morales (Mejía, 2003, p.47). Si bien el debate sobre la laicidad del Estado estuvo presente desde antaño, con el crecimiento del movimiento de mujeres y sobre todo con el primer debate por la legalización del aborto en 2018, se impulsó una fuerte campaña con el pedido concreto de la separación absoluta de la Iglesia y el Estado. La condena de la Iglesia Católica ocupa el primer lugar en las advertencias morales del Vaticano hacia los gobiernos. Y sus argumentos no se deben solo a la defensa de la vida sino a la condena del sexo, a la premisa de que no se puede separar sexo y reproducción (Klein, 2013). Al día de la fecha la Iglesia continúa oponiéndose a la educación sexual integral, al uso de anticonceptivos, al uso de preservativos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, y obviamente a la despenalización/legalización del aborto. Y lamentablemente sigue teniendo poder a la hora de la elaboración de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

Las primeras publicaciones, artículos o folletos en Argentina sobre la lucha por los derechos sexuales y reproductivos, y en particular en relación al aborto, surgen en la década del 70', de la mano de la Unión Feminista Argentina (UFA) y del movimiento de liberación femenina (MLF). Los aspectos de interés eran la sexualidad, la necesidad de transformar el espacio privado; y fue a través de los grupos de concienciación que estos temas comenzaron a salir a luz. Un slogan reconocido de esta época fue *"mi cuerpo es mío"* apelando a la idea del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Otras fueron: *"no al embarazo no deseado, no a la esterilización forzada, por una maternidad consciente"*, *"legalización del aborto"*.

La invisibilización del aborto es un indicador contundente de la persistencia de las relaciones de dominación de los géneros. Una estrategia política interesante fue el *"yo aborté"*, que permitió la aparición personal en el espacio público, y la masividad de mujeres en escena demostraron en concreto por qué *"lo personal es político"*. Según Pecheny, esta

¹² En este apartado se presentan algunos hitos de la lucha por el aborto en nuestro país. Para una lectura más amplia del fenómeno ver:

-Bellucci, M. (2014). Historia de una desobediencia: aborto y feminismo.

-Klein, L. (2013). Entre el crimen y el derecho: el problema del aborto.

-Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito -Ruth Zurbriggen y Claudia Anzorena (comp). (2013). El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible.

-Daich, D., & Tarducci, M. (2018). Antropólogas feministas por el derecho a decidir: Aportes para una historia de la lucha por la despenalización y legalización del aborto en Argentina.

estrategia sigue siendo la más contundente para mostrar la irracionalidad e impracticabilidad de la penalización del aborto, al tiempo que se inscribe una experiencia individual probablemente vivida aislada o en soledad, en una experiencia y relato colectivo (Pecheny, 2005, p. 14). Según Felitti el feminismo en esta época debió luchar en varios frentes: por las limitaciones que imponía la lógica organizativa, los egos personales y la desconfianza que generaban algunas consignas; y en un contexto difícil para postular el derecho a regular la natalidad (Felitti, 2010, p. 797).

En 1985 un grupo de mujeres argentinas participó de la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Kenia, África. Cuando regresaron, pensaron en la necesidad de autoconvocarse para tratar la problemática específica de las mujeres en nuestro país. Fue también en 1985 que se ratifica el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y el año siguiente se derogan los decretos restrictivos sobre anticoncepción. Fue entonces postdictadura, que se retoma la cuestión de la anticoncepción y el aborto, incorporándose a la agenda de la multisectorial. El retorno de la democracia amplió las posibilidades de discusión, se reducen las consignas y ya no se pedía solo la despenalización, sino *“el aborto legal y gratuito en todos los hospitales”*. La asociación de trabajo y estudio de la mujer (ATEM) comenzó a denunciar activamente la deuda que tenía la democracia en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos, y en 1987 organiza una jornada donde surge la idea de armar una comisión que luche por el derecho al aborto (Daich & Tarducci, 2018).

Los feminismos de los años 80' alumbraron los Encuentros Nacionales de Mujeres (ENM). Desde el primero celebrado en Buenos Aires en 1986 no pararon, y el aborto estuvo presente desde aquel primero, incluso siendo los ENM impulsores de grandes hitos en la lucha por el aborto, entre ellos la creación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito. Cada año los ENM son más masivos y exitosos. La modalidad de los ENM es única en el mundo, y eso permite que cada año se sumen de a miles: es autoconvocado, horizontal, federal, autofinanciado, plural y democrático. Los talleres son el corazón de los encuentros. Son democráticos y horizontales y pluralistas. Rompen con las lógicas habituales donde algunas hablan y otras solo escuchan. Los talleres son soberanos, lo que se discute pertenece solo a las mujeres que participan del mismo. Tienen como modalidad el consenso, para garantizar que todas puedan expresarse. La sede de cada encuentro es elegida por ovación y aplausos al cierre del anterior.

En Rosario se realizaron 3 Encuentros Nacionales de Mujeres. El *primero* fue en el año 1989, la cuarta edición en la historia encontrera. Asistieron 3.000 mujeres y se propusieron 33 temáticas de talleres entre las cuales se llevaron adelante por primera vez “*Sexualidad*”, “*Patriarcado*”, “*Prostitución*”, “*Problemática de la mujer discapacitada*”, entre otras. Además, fue un encuentro con un masivo rechazo a los indultos a militares que se transformaría en ley hacia finales de ese mismo año (Alma & Lorenzo, 2009). El *segundo* encuentro que se vivió en la ciudad fue en el año 2003. Era el número XVIII y esta vez llegaron alrededor de 15.000 mujeres de todo el país. Fue un encuentro recordado e histórico por haber puesto a la luz y en debate el derecho de las mujeres a decidir sobre nuestros cuerpos. Y el *tercero* fue en 2016, con la explosión del Ni una Menos, donde participaron 70 mil mujeres, que culminó en una marcha multitudinaria.

Al encuentro XVIII del 2003 en Rosario se llegó luego del encuentro realizado en Salta el año anterior donde las mujeres católicas organizadas fueron a los talleres de “*Anticoncepción y Aborto*” y sabotearon el debate con sus posiciones fundamentalistas. Hacía varios años que era difícil avanzar en los encuentros con las mujeres de todo el país debido a esta violenta intervención. De allí que consideraron necesario un espacio-taller dentro de los encuentros donde solo participaran mujeres que, acordando con la premisa de la legalización del aborto, pudieran pensar colectivamente en cuáles serían las estrategias adecuadas a impulsar en el año. Se decidió en Indeso Mujer que una de sus integrantes, Noemí Chiarotti, que participaba de la comisión de contenidos del ENM, impulsara la creación del mismo. Fue resistido al principio pero al fin se pudo ganar la discusión y figuró por primera vez en el programa¹³.

La temática del aborto, como se mencionó anteriormente, siempre estuvo presente en los encuentros. Pero su aparición más importante se da en este encuentro en Rosario. La pancarta violeta con la inscripción “*Por el derecho al aborto libre y gratuito*”, en las escalinatas del Monumento Nacional a la Bandera, anticipó el eje desde el primer día para convertirse en un escenario clave frente a la demanda por el derecho a decidir sobre los cuerpos y la reproducción. Hubo un acto de apertura con más de 10.000 asistentes. A la tarde, en los talleres, resistieron la embestida de las católicas que concurrieron en masa para levantar la clásica consigna del “*derecho a la vida a partir del momento de la concepción*”.

¹³ Información recolectada en entrevista a Mabel Gabarra: referente rosarina del movimiento de mujeres. Creadora de Indeso Mujer (Instituto de estudios jurídicos sociales de la mujer) en 1984. Impulsora de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito.

Una de las novedades de este evento fue la “Asamblea por el Derecho al Aborto” presidida por Dora Coledesky, pionera de esta lucha en Argentina. Fue tan masiva la actividad que tuvieron que turnarse para poder escuchar y hablar en el aula magna de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNR. Allí, se debatían las “*estrategias para un aborto legal y seguro*” bajo la consigna de impulsar medidas de acción para avanzar hacia la legalización. Con la presencia de los grupos feministas del país, obreras de Brukman, de Zanón, de organizaciones piqueteras, trabajadoras estatales, estudiantes, diputadas nacionales como provinciales, numerosa cantidad de jóvenes, integrantes de partidos políticos de izquierda, de Madres de Plaza de Mayo y también independientes, todas ellas asistieron a una asamblea que reunió a más de 300 mujeres. Por primera vez salen las mujeres a marchar con los pañuelos verdes, distribuidos por el grupo católicas por el derecho a decidir. Se terminó proponiendo un “plan de lucha nacional por el derecho al aborto” (Belluci, 2014).

Mabel Gabarra fue una de las impulsoras para que este encuentro tuviese el impacto de provocar un punto de inflexión tal, sin posibilidad de marcha atrás. Mabel afirma: “Se organizó, por primera vez, en los encuentros un taller de “Estrategias para un aborto legal, seguro y gratuito”, propuesto por la comisión organizadora para que pudieran concurrir aquellas que peleaban por su legalización” (Belluci, 2014).

En el siguiente ENM, el XIX realizado en Mendoza en el año 2004, en el taller de Estrategias, se propone una Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito¹⁴, que fue aprobada por aclamación en la plenaria del mismo. La Campaña entonces fue lanzada el 28 de mayo de 2005, el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, y desde entonces tiene la capacidad y la fuerza de coordinar actividades simultáneamente en distintos puntos del país bajo la consigna: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”. Ese mismo año confluyó con una gran marcha federal realizada al Congreso de la Nación. La Campaña consideraba la necesidad de legalizar y despenalizar el aborto como una cuestión de salud pública, de justicia social y de derechos humanos de las mujeres. Esta necesidad quedó plasmada en los proyectos de Ley de Interrupción del Embarazo presentados en 8 oportunidades al Congreso Nacional. La Campaña que nace al calor de los ENM y del marco del feminismo autónomo, “logra en la presentación del proyecto de ley una relación con las feministas que veníamos de los partidos

¹⁴ La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito en adelante se nombra como La Campaña

políticos allá por el 2005”, dice Silvia Ausburguer, primera firmante del primer proyecto de ley (Sec. de Género & Unicanal, 2023)¹⁵.

La marea verde¹⁶ ve su mayor punto de incidencia en el año 2015, con la implosión del Ni una menos por el asesinato de Chiara Páez. Y es esa marea de jóvenes que se ven interpeladas y convocadas a luchar contra los vínculos violentos, las dinámicas institucionales, el rol del Estado frente a opresiones estructurales, el funcionamiento del Poder Judicial frente a violencias físicas; el acceso a la tierra en clave feminista, el extractivismo, la brecha salarial, la función social y económica de los cuidados, el derecho a decidir sobre los cuerpos.

En el año 2018, sorpresivamente con el gobierno de centroderecha de M. Macri, La Campaña logró el primer debate sobre IVE en el Congreso de la Nación. El mismo tuvo media sanción en la Cámara de Diputados y fue rechazado en la Cámara de Senadores. Más allá de la derrota, este debate permitió sacar el aborto del closet, aumentando la visibilidad y el debate al interior de la sociedad.

El 1 de marzo del 2020 el presidente Alberto Fernández¹⁷, en el marco del inicio del curso parlamentario, anuncia que enviará un proyecto de IVE al Congreso de la Nación, junto con la Ley de los 1.000 días que contemplaba asistencia por dos años a aquellas mujeres de bajos recursos que decidieran continuar sus embarazos. Días después se decretó el aislamiento social preventivo y obligatorio en nuestro país producto de la pandemia Covid 19, situación que volvió a dejar de lado la posibilidad de un nuevo debate de IVE. El 2020 fue un año atípico para todo el mundo, sin embargo, el movimiento de mujeres y la marea verde jamás dejaron de poner en agenda la necesidad de volver a debatir la Ley de IVE. Así fue que el 11 de noviembre de 2020 el presidente envió el proyecto de Ley de IVE al Congreso de la Nación. Si bien el proyecto no fue el mismo al presentado por La Campaña, mantenía los

¹⁵ Para ampliar ver documental “*Fue en la calle*”. Episodio 3: *Legal, seguro y gratuito*. (Sec. de Género UNR & Unicanal Rosario, 2023). Relato de Silvia Ausburguer

¹⁶ Con el asesinato de Chiara Páez, una adolescente de la provincia de Santa Fe en 2015, comenzó a gestarse una nueva consigna contra la violencia machista en Argentina. La consigna “Ni Una Menos” pronto se transformó en importantes movilizaciones que se repiten año a año cada 3 de junio, y en un proceso de cambios y reacciones que transformó diversos espacios de la vida social. Ese acontecimiento dio origen a una nueva etapa para los feminismos y el movimiento de mujeres locales, la de su masificación y popularización.

Luego, el año 2018 estuvo marcado por las masivas movilizaciones que con el pañuelo verde como símbolo buscaban la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Durante el debate, todos los martes, se desarrollaban los “Martes Verdes” que tuvieron lugar frente al Congreso de la Nación. Tomaron la forma de una concentración que incluyó diferentes acciones públicas: radio abierta, performances, stand up de humor, danzas, lecturas de poemas, etc.

¹⁷ Presidente electo por el Frente de Todos, coalición peronista-progresista.

puntos más importantes, por lo cual fue aceptado por el movimiento de mujeres, y finalmente logró la sanción de la Ley 27.610 de IVE el 30 de diciembre de 2020.

Marco Legal en Argentina

El aborto es legal en casi todos los países, aunque hay variaciones en las circunstancias específicas en que una persona puede acceder al aborto. A nivel mundial, existe una contundente tendencia hacia la liberalización de las leyes sobre el aborto. Durante los últimos 30 años, más de 60 países y territorios han liberalizado las leyes sobre el aborto. En América Latina, especialmente con el Ni una menos en 2015 y la Marea Verde en 2018 en Argentina, se gestó una nueva era de liberalización en Colombia, México, Chile y otros lugares de la región.

El centro de derechos reproductivos (2025) resalta el retroceso del derecho al aborto en Estados Unidos, siendo una clara excepción en la tendencia global hacia la liberalización, al revocar la decisión de Roe v. Wade en 2022, y eliminar las protecciones a nivel nacional para el derecho al aborto. Desde entonces, algunos estados han criminalizado el aborto, mientras que otros han reforzado las protecciones.

A diferencia de otros servicios de salud, el aborto suele estar regulado en mayor o menor medida por el derecho penal, además de la legislación sanitaria. Ubicar el aborto en el derecho penal, parte de la concepción de una práctica posible de ser sancionada o penada, en tanto los antiderechos relacionan “aborto con asesinato”. Sin embargo, el derecho y las normas internacionales de los derechos humanos no reconocen los denominados derechos del feto ni otras aplicaciones de los derechos humanos a fetos, embriones, cigotos o gametos. Esta situación, muchas veces, puede tener un efecto desalentador a la hora de consultar a un servicio de salud, ya que es probable que las mujeres sientan que pueden ser juzgadas. Por esta razón, entre otras, es necesario disponer de leyes y políticas claras, accesibles y basadas en los derechos que permitan generar políticas con espacios de atención cálidos y seguros para quienes consultan.

Existen tres grandes modelos de regulación del aborto en el mundo (ADC, 2014, p. 3): el “*modelo de plazos*” refiere a aquella regulación que no considera delito a los abortos practicados hasta determinado momento de la gestación; en 77 países cuentan con aborto legal a pedido de la mujer, pudiendo variar los límites gestacionales, lo que corresponde al 34% de mujeres en edad reproductiva en el mundo; el “*modelo de indicaciones*” refiere a aquella

regulación que, por regla general, prohíbe el aborto, aunque lo permite en circunstancias excepcionales conocidas como “causales” o “permisos” para abortar. Típicamente, estas excepciones abarcan los casos de peligro para la salud o la vida de la mujer, abuso sexual, malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina, y con menor frecuencia, apremio socioeconómico. Siendo 12 países que permiten el aborto por razones sociales o económicas amplias (comprendiendo al 23% de mujeres en edad reproductiva); 47 países que lo permiten cuando existe un riesgo para la salud de la persona (corresponden al 12% de las mujeres en edad reproductiva); y 44 países permiten el aborto para salvar la vida de la persona embarazada (20% de mujeres en edad reproductiva); y el “*modelo de penalización total*” refiere a aquella regulación que prohíbe el aborto en todos los casos y no prevé expresamente ninguna excepción a esa regla. Son 21 países los que cuentan con esta regulación más restrictiva (siendo el 6% de las mujeres en edad reproductiva).¹⁸

En Argentina hasta la sanción de la Ley de IVE (30/11/2020) el aborto se enmarcaba en el régimen de modelos de indicaciones o permisos según el artículo 86 del Código Penal del año 1921. El art. 86 prohibía el aborto aunque lo permitía en circunstancias conocidas como causales: riesgo para la vida o salud de la mujer (inciso 1) o en casos de violación (inciso 2). En términos generales la interpretación del art. 86 fue siempre restrictiva.

El inc. 1 era interpretado por las/os profesionales de la salud solo como un riesgo físico/biológico, cuando en realidad debía suponer una perspectiva del derecho a la salud y un enfoque de sus determinantes, consistente con una visión integral de la misma. Según lo previsto por la OMS, debe ser entendida como un “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006). Así, la afectación de la salud o el riesgo para la salud, no se debería entender solo como el riesgo de morir, sino que debería abarcar todos los factores de vulnerabilidad que pueden presentarse durante cualquier etapa de la gestación. En este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina (CSJN) ha receptado esta noción de “salud integral” en diversos casos¹⁹, y dictaminó que es un deber de los Estados procurar su satisfacción y que basta la presencia de un factor de riesgo para considerar en peligro a la integralidad de la salud y, por lo tanto, para la interrupción del embarazo como una posible intervención. En tanto la mujer es la titular del derecho al aborto, solo ella es la que puede decidir cuánto riesgo

¹⁸ Mapa interactivo disponible en The Center for Reproductive Rights (2023):

<https://reproductiverights.org/maps/the-worlds-abortion-laws-spanish/>

¹⁹ CSJN, “Campodonico de Beviacqua Ana c/ Min. Salud – Sec. Programa de Salud, Fallos 323:3235, del 24 de octubre de 2000, cons. 17 y 18.

quiere correr; las/os profesionales de la salud debían brindar toda la información relacionada con su condición médica y las alternativas de tratamiento para que pueda tomar una decisión informada sobre si desea o no continuar el embarazo (ADC, 2014, p.16). Un caso emblemático de la provincia de Santa Fe en el año 2006, que puso de manifiesto la restrictiva interpretación del inc. 1 del Código Penal, fue el caso de Ana María Acevedo, mujer oriunda de la ciudad de Vera a quien se le negó un aborto terapéutico en el marco de un cáncer de mandíbula²⁰.

Por otro lado, el inc. 2 también era interpretado de forma restrictiva considerando la posibilidad de aborto por violación, solo en mujeres con discapacidad intelectual o psicosocial (“idiotas o dementes”, según la desafortunada expresión contenida en el artículo 86 del Código Penal). En marzo del 2012, la CSJN dictó el Fallo F.A.L²¹, ampliando el alcance del permiso para el aborto en casos de violación. Allí se reafirmó que el aborto en caso de violación era un derecho que asiste a las mujeres. Además, el fallo: a) declaró la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal; b) reconoció al aborto no punible como un derecho de las mujeres; c) definió el alcance de la causal violación para el aborto a cualquier mujer, adolescente o niña; d) consideró que el “permiso judicial” para obtener un aborto no punible es innecesario; e) sostuvo que para acceder al aborto por violación es suficiente una declaración jurada en el servicio de salud (no es exigible la denuncia policial); f) dispuso que el Estado, tanto nacional como los provinciales, debían adoptar medidas mediante protocolos de atención para garantizar el acceso al aborto cuando es legal.

Los primeros protocolos de atención fueron elaborados por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las provincias de Buenos Aires y Neuquén, la Nación, así como el protocolo sancionado por el Concejo Deliberante de la ciudad de Rosario. El primer protocolo de aborto no punible (ANP) fue el de la provincia de Buenos Aires en enero de 2007 (“Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles”), aprobado como reacción al conocido

²⁰ Ver más: <https://abortolegal.com.ar/ana-maria-la-muerte-y-el-simbolo/>

²¹ En el caso “F.A.L. s/medida autosatisfactiva”, La Corte Suprema por unanimidad y por el voto conjunto del Presidente Lorenzetti, de la Vicepresidenta Highton de Nolasco y de los jueces Fayt, Maqueda y Zaffaroni, y por los votos individuales de los jueces Petracchi y Argibay, confirmó la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Chubut que, en marzo de 2010 autorizara la realización de la práctica de aborto respecto de la joven A.G de 15 años de edad, quien quedara embarazada como consecuencia de haber sido violada por su padrastro. De esta manera, rechazó el recurso extraordinario que, en representación del nasciturus, interpusiera el Asesor General Subrogante de la Provincia de Chubut. La Corte aclaró que, no obstante que el aborto ya se había realizado, se configuraba uno de los supuestos de excepción que, según su jurisprudencia, la autoriza a pronunciarse. Esto teniendo en cuenta: a) que el tiempo que implica el trámite judicial de cuestiones de esta naturaleza excede el que lleva su decurso natural, b) que era necesario el dictado de un pronunciamiento que pudiera servir de guía para futuros casos análogos y c) estaba comprometida la responsabilidad internacional del Estado Argentino.

caso de *LMR*, una adolescente con discapacidad mental a quien se le había negado el ANP en un hospital pese a contar con sentencia favorable de la Corte Suprema Provincial.

En 2011, el Comité de Derechos Humanos condenó al Estado por incumplimiento del derecho al aborto de *LMR*²². La elaboración de los protocolos para la atención de los ANP surgieron para desafiar el paradigma penalizador y posicionar al aborto como una práctica en el campo de la salud pública. Ante todo, buscaban dar lineamientos sanitarios, clínicos y jurídicos para profesionales de la salud.

En este contexto, de la conformación de protocolos de atención y mayor difusión de cómo garantizar un aborto seguro, comienzan a difundirse los abortos acompañados por las Socorristas en Red, y se conforma la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Una red que con la aprobación de la comercialización del misoprostol (del Laboratorio Domínguez) en el año 2018 por parte de la ANMAT²³, para la inducción del aborto por parte del Ministerio de Salud de la Nación (tanto para su venta con receta archivada en farmacias como para su uso en servicios de salud públicos) comienza a manifestarse a través de su carta de presentación diciendo: *“existimos profesionales de la salud que garantizamos abortos con el marco legal vigente en nuestro país”*.

En el año 2015 se elabora el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE)” que marca un antes y un después en la política pública. Se comienza a reemplazar el concepto de ANP por el de ILE, y esto permite sacar temporalmente y subjetivamente el problema del aborto como punible, como criminalizador. Hablar de ILE permitió continuar abriendo el debate y el lugar social del aborto, a pesar de la gran heterogeneidad en las diferentes provincias del país, persistiendo en algunos lugares los incumplimientos y resistencias para garantizar el acceso a los servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

Hasta la sanción de la Ley de IVE, solo 10 provincias y la Ciudad de Buenos Aires tenían protocolos acordes al fallo F.A.L, aunque no todos fijaban procedimientos transparentes para una atención de salud segura, de calidad y oportuna. Del resto, 7 jurisdicciones no se adecuaban a los estándares fijados por el fallo F.A.L, y 8 jurisdicciones no contaban con protocolos.

²² Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. vs Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007

²³ ANMAT. Disposición Nro. 6726/2018. 2018. Disponible en:

http://www.notivida.org/legnacional/ANMAT_Misoprostol200_Disp_6726-18.pdf

Sobre finales del año 2019 el Ministerio de Salud actualizó el protocolo de ILE acorde a las recomendaciones internacionales sugeridas por la OMS, Ipas y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

Finalmente, el 30 de diciembre de 2020 se logra la sanción de la Ley 27.610²⁴, una ley de consenso que contiene un marco legal mixto: por plazos y por causales, que plantea que las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional (llamado IVE); y fuera de ese plazo, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones: a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente o b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante (llamado ILE).

A continuación se presentan algunos artículos importantes de la ley:

En su Artículo 1º incorpora la perspectiva de género, nombrando como objeto de la norma no solo a mujeres, sino también a personas con otras identidades de género con capacidad de gestar. En este punto cabe aclarar que reconocer el derecho al aborto en personas con otras identidades de género, sin duda amplía el acceso. Sin embargo, desde la sanción de la ley no se han establecido políticas públicas específicas para esta población, situación que continúa exponiendo a esta población a abortos clandestinos y/o inseguros. Un aporte interesante fue el de la cátedra libre de estudios trans con la traducción y adaptación del manual “*trans-inclusive abortion services*” a cargo de Blas Radi y Marina Elichiry, en cuyo prólogo manifiestan: “el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las personas trans exige mucho más que añadidos terminológicos al articulado de una ley. Exige, entre otras cosas, que las personas trans tengan participación efectiva y en igualdad de condiciones de todos los procesos de diseño, implementación y monitoreo de las regulaciones y los programas que traducen estándares universales a realidades concretas” (Radi & Elichiry, 2021, p. 4).

En el Artículo 5º se establece un plazo máximo de diez (10) días corridos para garantizar la IVE desde su requerimiento. Y, por otro lado, establece condiciones que el personal de salud debe garantizar en la atención del aborto y postaborto. Fue necesario establecer un plazo para la resolución de la IVE, y esto tiene que ver con las dilaciones que el

²⁴ Ley 27.610. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

sistema de salud suele ejercer sobre los cuerpos de las mujeres, muchas veces siendo los equipos de salud quienes sugieren que las mujeres “lo piensen bien”, o solicitan estudios complementarios o interconsultas innecesarias, etc.

De aquí que las condiciones mínimas que se deben garantizar son:

- a) *Trato digno*. El personal de salud debe brindar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de las personas con el fin de erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar.
- b) *Privacidad*. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización. Asimismo, deberá protegerse a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros.
- c) *Confidencialidad*. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.
- d) *Autonomía de la voluntad*. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.
- e) *Acceso a la información*. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada. Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

f) *Calidad*. El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

El Artículo 7º plantea que previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho. El consentimiento informado es clave en la atención integral del aborto, existen modelos propuestos por el Ministerio de Salud que son utilizados por los equipos de salud, se firma por duplicado, quedando una copia en la historia clínica y otra se le entrega a la persona.

Implementación de la Ley 27.610

La Ley de acceso a la IVE fue sancionada el 30 de diciembre del 2020, y el 21 de agosto de 2021 el Gobierno publicó en el Boletín Oficial el decreto 516/2021²⁵, a través del cual se reglamenta la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y estableció como autoridad de aplicación de la norma al Ministerio de Salud de la Nación. La reglamentación refuerza la política federal de salud sexual y reproductiva, respalda el Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (Resolución 1535/2021), y fortalece el rol de rectoría del Ministerio de Salud hacia los subsistemas público, de obras sociales y de medicina prepaga.

A dos años de la implementación, en abril de 2023, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), como responsable de la implementación en conjunto con las direcciones y programas provinciales de salud sexual y reproductiva de las 24 jurisdicciones, desarrolló un informe que da cuenta de las estrategias implementadas para ampliar el acceso a la interrupción del embarazo. En el mismo que se titula “ImplementAR IVE/ILE”, detalla el fortalecimiento de la capacidad de resolución del sistema sanitario, con 1793 efectores del sistema público de salud en todo el país donde se realizaron interrupciones del embarazo en 2022, siendo Santa Fe, la segunda provincia con más efectores (371). También se informaron un total de 96.664 IVE/ILE realizadas en 2022 en todo el territorio nacional (Msal, 2023).

²⁵ Decreto reglamentario 516/2021 disponible:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-01/1-ejes-implementacion-ley-27.610-ILE-IVE.pdf>

En relación con la provisión de insumos claves, la DNSSR proveyó para el aseguramiento de IVE/ILE: misoprostol²⁶, y tratamiento combinado de mifepristona²⁷ + misoprostol, y equipamiento para la AMEU. Un punto importante en este aspecto, fue el rol del Laboratorio Provincial de Medicamentos de Santa Fe (L.I.F), que en 2019 comenzó a distribuir la producción pública de misoprostol en presentación vaginal y oral para los centros de salud y hospitales; incluso con autorización de la ANMAT²⁸ para distribución federal, y en 2025 con la producción y distribución de mifepristona.

Dentro del rol de rectoría, la DNSSR ha elaborado y difundido protocolos, guías de atención, notas técnicas y comunicaciones con criterios y estándares para la organización de los servicios y la atención integral de la interrupción del embarazo. El protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la IVE/ILE del año 2021 tuvo una actualización en el año 2022, y es una herramienta de la política pública para implementar la ley, ya que fija estándares de acceso y calidad en la atención de las personas en situación de interrupción del embarazo y postaborto, como también de apoyo y respaldo a las instituciones que garantizan este derecho.

El artículo 19 de la Ley 27.610 establece que el personal de salud debe capacitarse en los contenidos de dicha ley, así como en la normativa complementaria y reglamentaria. Para hacer efectivo dicho mandato, la DNSSR diseñó e implementó el Programa de capacitación en interrupción voluntaria y legal del embarazo, actualizaciones profesionales y asistencias técnicas.

Otro punto a destacar fue la implementación de la línea 0800-222-3444, que es una línea telefónica nacional, gratuita y confidencial de salud sexual y reproductiva, que brinda información de forma integral a toda la población y también recibe denuncias por incumplimiento o maltrato. En el año 2022, la línea recibió 38.384 llamados, de los cuales en 15.612 casos se generó un proceso de acompañamiento, de estas el 90 % fueron por IVE/ILE.

²⁶ El misoprostol induce contracciones del músculo liso uterino al unirse a receptores de prostaglandinas en las células miométriales. Estas contracciones ayudan a vaciar el útero. Se puede utilizar tanto para abortos provocados como incompletos o huevo anembrionado, y también para la inducción del parto y la maduración cervical. La efectividad del aborto con el uso de misoprostol es del 84-93% (Ipas, 2023).

²⁷ La combinación de misoprostol y mifepristona logra una eficacia mayor, del 95-98% (Ipas, 2023).

²⁸ Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Rosario y un sistema de salud de vanguardia

El sistema de salud en la ciudad de Rosario no solo fue modelo para el resto del país, sino también precursor al desarrollo del mismo en el territorio de la provincia de Santa Fe. Desde el inicio de la gestión del Partido Socialista Popular en 1989, mostró una orientación diferente: la salud pública se constituía en uno de los ejes centrales de la gestión. Afirma M. Rovere que “la experiencia de Rosario se inscribe en este proceso de transición y consolidación del proceso democrático en Argentina y se asocia fuertemente a la búsqueda de un modelo de desarrollo social, económico y cultural que se presenta como contracultural en el contexto de predominio de los postulados neoliberales sostenidos por el gobierno nacional y buena parte de los gobiernos provinciales” (Rovere, 2006, p.8).

En un estudio realizado sobre el proceso de transformación del sistema de salud en Rosario, Báscolo (2010) plantea que “el fortalecimiento y empoderamiento del primer nivel de atención produjo innovaciones que favorecieron la consolidación de un movimiento de atención primaria de la salud (APS) con fuerte compromiso social y una mejora en el desempeño de los servicios”.

En Rosario, antes de 1990 los hospitales eran reconocidos como espacios de saber formadores de recursos humanos, y el primer nivel estaba constituido por "centros periféricos" o "dispensarios" dependientes de los hospitales. El trabajo en APS era concebido como sinónimo de desprestigio profesional, simple, rutinario y falto de interés científico. A partir de 1990 comienza la construcción de una política de APS entendida como estrategia organizadora del sistema, con la creación y ampliación de los centros de salud y con la conformación de la Dirección de APS con una asignación presupuestaria definida, generando un punto de corte con la lógica de atención hospitalocéntrica; con un fuerte trabajo conjunto con organizaciones sociales en los centros de salud. En el año 1995 se crean las coordinaciones de distrito y se conforman colegiados de gestión de participación voluntaria, fortaleciendo la política de APS. Los cambios más importantes en cuanto al modelo de gestión se produjeron en torno al desarrollo de mecanismos de articulación entre niveles de atención creados con el fin de conformar una red de servicios integrada, con 3 pilares: la *adscripción de población*, es una modalidad que busca la construcción de un “contrato” entre el Estado y los/as ciudadanos/as donde se asume la responsabilidad por el cuidado de la salud, y se actúa como representante del paciente en la red de servicios; la *referencia /contrarreferencia*, definida como la comunicación a mantener entre los establecimientos

cuando se deriva al usuario de un nivel de atención a otro; y los *cuidados progresivos*, según las necesidades de atención del usuario, de forma tal que reciba servicios según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física más apropiado a su estado clínico.

Se promovió entonces el traslado de los especialistas desde los hospitales hacia los centros de salud, y por otro se comenzó la descentralización de pacientes; que consistió en el traslado de los pacientes atendidos en los hospitales hacia los centros de salud. La descentralización implicó incorporar la lógica de adscripción a los centros de salud. Esto supone el establecimiento de un vínculo bidireccional entre determinados pacientes con un equipo de salud en donde los equipos de salud se hacen responsables de la salud de sus pacientes. El logro de la adscripción implicaba la coordinación del proceso de atención. Los equipos de salud comienzan a cuantificar las/os usuarias/os adscriptas/os y caracterizar sus problemáticas de salud. Estas innovaciones supusieron una merma del poder de los hospitales que reavivó la rivalidad entre la estructura hospitalaria y el movimiento de APS (Báscolo, 2010). La lógica de adscripción se materializa en la práctica bajo el concepto de médico/a de cabecera, que de ser necesario se amplía no solo al médico/a sino a un equipo de referencia.

Rosario: capital del aborto

En Rosario, antes del año 2012, la interpretación del artículo 86 del Código Penal resultaba arbitraria e ineficiente, teniendo en cuenta que dejaba en mano de las/os profesionales de la salud, la interpretación de las causales de no punibilidad para el aborto. Como en la mayor parte del país, en Rosario también, el tema del aborto fue históricamente relegado a los hospitales, siendo los mismos en materia de salud reproductiva, territorio de profesionales especialistas en ginecología y obstetricia, disciplina históricamente corporativa y hegemónica, que se ha encargado de regular los cuerpos y la sexualidad de las personas. Afirma Faúndes “la percepción del ginecólogo y obstetra es diferente y singular, en primer lugar porque su motivación profesional y rutina diaria consisten en proteger al feto...” (2011, p.119). Antecedentes que dan cuenta de este contexto, se pueden observar en una nota publicada por el gremio Fesprosa que describe el desconocimiento de los profesionales de la salud allá por el año 2010: “*A uno le queda la duda de si hubo o no violación a la paciente que llega con su declaración jurada, porque ahora no hace falta que haga la denuncia*” (Fesprosa, 2010). En otra nota del diario Página/12 (2012) un jefe de servicio de ginecología decía: “*Somos objetores de conciencia básicamente porque estamos a favor de la vida y no en*

contra de ella... hemos sido formados como seres humanos que deben defender a otros seres humanos"

Este contexto de hostilidad por parte de profesionales de la salud, ha generado desigualdad en el acceso y en la calidad de atención, siendo en el mejor de los casos hospitalizadas para realizar legrados uterinos (técnica quirúrgica en desuso) o cirugías mayores como histerectomías para evitar la muerte, hasta en el peor de los casos primando la objeción de conciencia y la denuncia a las mujeres en situación de aborto (Sec. Género UNR & Unical Rosario, 2023).

A pesar de este escenario complejo al interior del sistema de salud, el Concejo Deliberante de la ciudad de Rosario, en el año 2007, dictó mediante la ordenanza N.º 8186 el “Protocolo de atención integral para la mujer en casos de aborto no punible”, según lo que establecía el Artículo 86 incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación. En este contexto existían profesionales que acompañaban y atendían a mujeres en situación de aborto, bajo una política centrada en mecanismos de reducción de riesgos y daños que consistían en recetar misoprostol en órdenes médicas con nombres de varón, o muchas veces colocando otros diagnósticos con el fin de evitar denuncias a las mujeres por abortar (ya que es un medicamento que se puede utilizar también para uso antiulceroso²⁹), y también para preservar la seguridad de las/os profesionales de la salud en un marco legal que se mostraba confuso.

Es recién allá por el año 2012 que comienza muy de a poco un cambio en la modalidad y paradigma de atención; y esto va de la mano del fallo F.A.L que amplía y recomienda las formas en las cuales debía interpretarse el art. 86 del Código Penal., de los protocolos de atención del Ministerio de Salud de la Nación, pero también de un fuerte compromiso de la SSP en ser una de las primeras ciudades en comenzar la compra de misoprostol (en aquel entonces de la marca Oxaprost del Laboratorio Beta que contenía misoprostol y diclofenac) para garantizar los llamados ANP. Y en ese contexto “la información circulaba de boca en boca, las/os profesionales comenzaban a transmitir sus experiencias y sus conocimientos, frente a la necesidad concreta de una mujer que necesitaba realizarse un aborto” (Mateo, 2024, p. 124).

La atención de las mujeres en situación de aborto, comienza a canalizarse entonces a través de las/os médicas/os generales y de familia que trabajaban en los territorios bajo otro

²⁹ En 1985 la FDA aprueba el uso de misoprostol como un agente antiulceroso, aclarando que es una contraindicación en mujeres embarazadas.

paradigma en salud. Impulsados por la consolidación de los centros de salud y el movimiento de APS, con el compromiso social, y con otra concepción ideológica que entiende la salud como “la capacidad singular y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida” (Ferrara, 1985). Fue esta forma de entender la salud la que motivó a las/os médicas/os generales acompañar a mujeres que solicitaban un aborto. Al decir de D. Ferrandini: “transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible, ¿no es eso la salud?” (Ferrandini, 2011, p. 4).

Este cambio de paradigma, reconoce el derecho de las mujeres a una ILE y comienzan a garantizarse las mismas desde los centros de salud (CS) con médicas/os generales, pero también con la creación de consejerías en salud sexual y reproductiva en hospitales (CH)³⁰. Garantizar las ILE, siguiendo los aporte de D. Ferrandini, tiene como fin acompañar procesos que producen sufrimiento, que limitan la vida. Y para esto “es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso es necesario constituirse como sujeto y luchar para que los otros también lo sean. Trabajamos entonces para que todos ganemos control sobre nuestras propias vidas” (Ferrandini, 2011, p. 2).

A nivel provincial, en el año 2015 Santa Fe adhirió a la guía propuesta por el Ministerio de salud de la Nación, intentando asegurar de este modo que en todos los efectores existan profesionales que lleven a cabo la práctica de abortos no punibles. Desde el 2018 a la fecha la provincia ha realizado convenios con diferentes organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) e Ipas para mejorar las condiciones de acceso y calidad en la atención de las IVE/ILE. Sin embargo, cabe destacar que la sanción de la ley y estos convenios no siempre han mostrado grandes cambios en la atención en los efectores de dependencia provincial, tanto en los centros de salud, como en los hospitales donde sigue jugando un rol importante la objeción de conciencia en los servicios de ginecología y obstetricia.

A nivel municipal, entre el 2012 y 2020 hubo algunos avances en las políticas de la SSP sobre aborto: se realizaron capacitaciones al interior de los equipos, se amplió la oferta de efectores que garantizan IVE/ILE, se conformaron 3 equipos donde se realiza la técnica de AMEU, se firmaron convenios con Ipas para mejorar el acceso a los servicios de aborto y anticoncepción, y se incorporó la temática en las residencias médicas.

³⁰ La primer consejería en la ciudad de Rosario se conformó en el Hospital Roque Saenz Peña (HRSP), en la zona sur de la ciudad en el año 2012, donde se asesoraba a las mujeres sobre anticoncepción, enfermedades de transmisión de sexual y aborto seguro.

Un antecedente a destacar en la formación médica, fue la creación de la materia electiva “el aborto como problema de salud” mencionada anteriormente. De la mano de esta materia electiva y con el cambio de gestión de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR en el año 2019 se crea la Secretaría de Género que comienza a transversalizar la perspectiva de género en la carrera de medicina y enfermería, incorporando seminarios sobre la temática del aborto desde el primer año. Esto sin duda va generando un cambio en la sensibilidad de futuros profesionales.

La atención de las IVE/ILE post sanción de la ley no presentó grandes cambios en la ciudad de Rosario. Las mismas continúan descentralizadas, es decir, siendo los CS el primer lugar donde las personas pueden solicitar un aborto. Las CH siguen conformándose como vías de escape para aquellas mujeres que no quieren consultar a los CS o para aquellas que viven en la zona de referencia del hospital. En el capítulo 2 se profundiza sobre el proceso longitudinal de atención.

CAPÍTULO 2 - Acceso y calidad en la atención del aborto

El aborto es una intervención sanitaria segura y sin complejidad que puede gestionarse eficazmente con medicamentos o mediante un procedimiento quirúrgico que puede realizarse en diversos entornos. Las complicaciones son poco frecuentes, tanto en el aborto médico como en el quirúrgico, cuando el aborto se realiza de forma segura, es decir, con un método recomendado, adecuado al periodo de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios (OMS, 2022). El aborto es un procedimiento habitual en todo el mundo: 6 de cada 10 embarazos no planeados y 3 de cada 10 embarazos terminan en un aborto provocado. Sin embargo, según las estimaciones mundiales, el 45% de los abortos son peligrosos. Se trata de un problema crítico de salud pública y de derechos humanos; el aborto peligroso se concentra cada vez más en los países en desarrollo (97% de los abortos peligrosos) y entre los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación. Las restricciones legales y otros obstáculos hacen que a muchas mujeres les resulte difícil o imposible acceder a una atención para el aborto de calidad y que se provoquen ellas mismas el aborto con métodos peligrosos o recurran a profesionales no calificados. La condición jurídica del aborto no afecta a la necesidad de una mujer de abortar, pero sí a su acceso a un aborto seguro. Entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos, lo que equivale a entre 13.865 y 38.940 muertes causadas anualmente por la imposibilidad de practicar un aborto seguro (OMS, 2022).

Accesibilidad

La sanción de la Ley de IVE tiene la particularidad de que a partir de las prácticas feministas de formación y acompañamientos de abortos seguros y autogestivos, se fueron creando las condiciones para que su implementación en el sistema de salud sea posible. Esto lo diferencia de la trayectoria de otras leyes que han sido muy accidentadas en su implementación porque, a pesar de los obstáculos y desigualdades territoriales y de cobertura, las mujeres y otras personas con capacidad de gestar están accediendo a la práctica (Anzorena, 2023).

El acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva son fundamentales para la salud individual y comunitaria, así como para la garantía de los derechos humanos. Producto de la pandemia de COVID-19, la OMS incluyó la atención integral para el aborto en la lista de servicios de salud esenciales, considerando la eliminación del aborto peligroso un mandato prioritario (OMS, 2022).

El concepto de accesibilidad surge a partir de los años 60', donde se consideraba la planificación como la herramienta para diseñar sistemas de salud y se otorgaba gran importancia al desarrollo de instrumentos técnicos dentro de la salud pública. Existen muchas definiciones de accesibilidad, la mayoría de la bibliografía coincide en dividirla en dimensiones: la dimensión *geográfica* que expresa las posibilidades geográficas de acceder, la *económica* que hace referencia a la capacidad financiera para acceder a los servicios, la *administrativa / organizacional* que tiene que ver con los aspectos burocráticos que se ponen en juego para acceder y la *cultural* que se refiere a los usos y costumbres de la población.

Stolkiner plantea la *accesibilidad* como la relación entre los servicios y los sujetos. Tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Entonces la define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Y en este sentido afirma que entonces, la accesibilidad poseería una dimensión subjetiva que sería necesario investigar, que la denomina *simbólica*, aludiendo al universo simbólico construido por cada sujeto (Stolkiner et. al, 2000).

Un aporte interesante para analizar la accesibilidad en el aborto, es la experiencia del Estudio MACA (medimos acceso y calidad del aborto)³¹. Se trata de una encuesta anónima y autoadministrada dirigida a personas que han accedido a una IVE/ILE, y cuyo objetivo principal es evaluar la accesibilidad y calidad de la atención en la provisión de servicios de aborto. La misma fue diseñada por el Proyecto Mirar, una iniciativa del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) junto a Ibis Reproductive Health, cuyo objetivo es monitorear la implementación de la ley de aborto en Argentina (Krause et. al, 2024).

El estudio MACA, tomó los indicadores de la calidad de los servicios de aborto estandarizados por ACQTool³². Y plantea analizar la *accesibilidad simbólica*: teniendo en cuenta el conocimiento sobre la legalidad del aborto y el conocimiento sobre dónde solicitarlo; la *accesibilidad organizacional*: el tipo de servicio de atención, la cantidad de días transcurridos desde que lo solicitó hasta que realizó el aborto o recibió la medicación, la cantidad de visitas a servicios de salud; la *accesibilidad geográfica*: el tiempo de viaje; y la *accesibilidad económica*: los gastos de bolsillo. Cabe destacar que el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario, formó parte del estudio MACA, siendo el mismo un servicio clave para el monitorio de las políticas de aborto en Rosario.

³¹ Para ampliar sobre el Estudio MACA, ver: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4781>

³² Abortion Care Quality Tool (ACQTool) es una encuesta de acceso abierto, con 29 indicadores válidos y factibles para medir la calidad de los servicios de aborto.

Existen muchos estudios que han reportado *barreras en la accesibilidad organizacional*. En un estudio realizado en Rosario y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las mujeres mencionaron que presentaron demoras en la atención por escasa disponibilidad de turnos y que estas situaciones incidieron en la emocionalidad de las mujeres e implicaron retrasos en el acceso al aborto en un tiempo oportuno (Tiseyra et. al, 2022). En otro estudio en Londres (Inglaterra) afirman que la mayoría de las mujeres que acudieron a servicios de aborto manifestaron que se produjeron retrasos en la derivación cuando los profesionales de la salud consideraron que las mujeres necesitaban más tiempo para pensar, lo cual fue más agravado por las dificultades para concertar citas a través del servicio centralizado de reservas telefónicas (Kumar et al, 2004). En un estudio realizado en Colombia concluyeron que el acceso al aborto se vió obstaculizado por la falta de información precisa sobre la ley de aborto por los proveedores de servicios médicos; así como por barreras logísticas, emocionales, económicas, culturales y religiosas (Brack et al, 2018).

Tensión entre procesos longitudinales de atención en centros de salud y consejerías hospitalarias

Los procesos longitudinales de atención son aquellos procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado mantenidos en el tiempo por el mismo profesional. Esto facilita la atención preventiva y el reconocimiento precoz de los problemas de salud; evita el sobrediagnóstico, la medicalización y los eventos adversos derivados de la sobreexposición a pruebas y tratamientos innecesarios; disminuye las derivaciones a los especialistas del segundo nivel, reduce las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad, y mejora la esperanza y la calidad de vida (Añel-Rodriguez, 2022).

Los procesos longitudinales se materializan mediante la conformación de “equipos de referencia” mencionados anteriormente, los cuales se caracterizan por sostener ese vínculo longitudinal en el tiempo entre las/os usuarias/os y profesionales. Esos equipos idealmente estarían conformados de forma multidisciplinaria, según sea su objetivo, las características de cada lugar (atención primaria u hospital), y la disponibilidad de recursos (Sousa Campos, 1998). Un aspecto importante de los procesos longitudinales es la integralidad; es decir, cuando los procesos de atención-cuidado están centrados en la persona y no solo en la enfermedad. Tanto la longitudinalidad como la integralidad son aspectos en pos de mejorar la calidad en el proceso de atención-cuidado. Como se mencionó anteriormente, en la ciudad de Rosario, bajo la estrategia de atención primaria de salud, la mayoría de las atenciones en salud

se encuentran descentralizadas, buscando mejorar la accesibilidad y universalidad en la llegada de las/os usuarias/os al sistema de salud en efectores cercanos a sus domicilios.

En relación con el *proceso de admisión* de las IVE/ILE en la red de salud pública municipal la regla es que las mujeres deben consultar al CS más cercano a su domicilio³³. Allí pueden darse varias situaciones: **a)** que las mujeres estén adscritas a un CS, tengan su médica/o de referencia y la atención se realice dentro del proceso longitudinal de atención de la salud. Este podría ser el mejor de los escenarios, en el sentido de tratarse de condiciones que favorecerían abordajes integrales, garantizando la accesibilidad y la calidad **b)** que las mujeres consulten al efector que pudieron acceder, independientemente de estar adscriptas al mismo, y que desde ese efector se de respuesta a su solicitud o sean referenciadas al CS más cercano a su domicilio para su adscripción, **c)** que las mujeres consulten a una consejería hospitalaria (CH), donde pueden darse dos opciones: 1) que se aloje la situación y se dé respuesta a la solicitud o 2) que se referencie al efector más cercano a su domicilio.

Sobre estas variantes que pueden adoptar los modos de acceso a IVE, no hay política pública clara establecida, y en tal sentido, los circuitos de acceso a los CS terminan teniendo la configuración que los propios equipos de salud van modelando de acuerdo a lógicas de atención diversas. Desde aquellas basadas en la obligatoriedad de respetar el equipo de referencia; situación que muchas veces se convierte en una barrera, ya que implica esperar un turno con ese equipo, hasta otras lógicas más flexibles que habilitan la intervención de otra/o profesional, aunque no se trate del médico/a adscriptor/ra. Y en relación con el abordaje en las CH, generalmente se dan bajo lógicas hospitalocéntricas, más centradas –en el mejor de los casos- en el desarrollo de una intervención puntual desconectada del proceso longitudinal de atención.

En algún sentido, podría considerarse que el sistema de salud municipal está atravesado por la contradicción de sostener el imperativo de acceder a la atención a través de los CS (adscripción mediante), a pesar de que este nivel de atención resulta insuficiente. En efecto, es habitual en los equipos de salud, la percepción de desborde de su capacidad de respuesta aun en problemáticas como las IVE/ILE. Cabe recordar que en la red de salud pública municipal, los 50 CS de APS cuentan con al menos un/a profesional que garantiza IVE/ILE y los 3 hospitales de 2do nivel cuentan con CH. Solo hay dos efectores de 3er. nivel

³³ Para ampliar información, ver página de la Municipalidad de Rosario:
<https://www.rosario.gob.ar/inicio/interrupcion-voluntaria-o-legal-del-embarazo>

de complejidad (Hospital de Niños V. J. Vilela y el HECA) que no cuentan con espacios diseñados para recepcionar solicitudes de IVE/ILE, situación vinculada al hecho de tratarse de efectores orientados a las atenciones de urgencia y patologías de alta complejidad. No obstante ello, si bien la solicitud de una IVE/ILE no es una consulta frecuente en servicios de guardia, sí puede suceder que una mujer se encuentre internada por otro motivo y que en ese marco se diagnostique un embarazo no deseado. En ese caso, generalmente se articula con el CS que tenga de referencia o con alguna CH que funciona de soporte para garantizar la IVE/ILE. En tal sentido y en función de la experiencia de trabajo acumulada en la red podría presuponerse que, en la mayoría de los casos, las mujeres logran la admisión en un efector luego de varios intentos. En tal sentido, cabe preguntarse respecto de los efectos que genera en la subjetividad el tránsito que debieron realizar por todos los circuitos y las posibles barreras que debieron vencer.

Según un estudio realizado por la SSP en el año 2019, se evidencia la duplicación de la cantidad de mujeres captadas por la problemática de ILE en el primer nivel de atención entre 2016 y 2017, correlativa de una disminución de consultas en servicios de guardia e internación de efectores de 2° y 3° nivel. Otro aspecto a destacar es que para los años estudiados más del 90% de las ILE se resolvieron en forma ambulatoria con misoprostol, correspondiendo alrededor del 80% de los casos a atenciones en el primer nivel de atención (SSP, 2019). Estos datos podrían dar cuenta del sostenimiento de una política pública anclada en el primer nivel de atención, con equipos longitudinales de atención. Situación que se mantuvo con la sanción de la ley, y hasta la actualidad. Cabe señalar que esto sucedió en el marco de un trabajo de sensibilización con los equipos profesionales y el aseguramiento del acceso a métodos de interrupción del embarazo seguros. El estudio de la SSP concluye que esta política permitió el logro de indicadores sanitarios de alto impacto en términos de una muy baja morbilidad y cero mortalidad derivada de las interrupciones legales de embarazo. Cabe preguntarse si esta evolución que expresa una mejora en el acceso, longitudinalidad e integralidad en la atención, se expresa también en una adecuada calidad del cuidado.

Dos posibles barreras en el acceso a la atención de IVE/ILE podrían presentarse en el ámbito de la red municipal. Una de ellas, en aquellos casos en que el personal administrativo que recepciona la demanda, desconoce los modos de admisión y circuitos, o directamente manifiesta que se trata de prácticas no realizadas en el efector. La segunda, en aquellos casos en que el profesional que recibe la demanda se manifiesta como objetor de conciencia, sin redireccionar la demanda a otro punto de la red. Ambos son un punto gris en la experiencia de

la atención de los abortos en la red de salud pública municipal, que sería interesante abordar con mayor profundidad en otra investigación.

Una vez atravesado el proceso de admisión, entonces pueden identificarse dos **modalidades de abordaje en la atención**: **a)** en un CS donde la demanda en la mayoría de los casos es recepcionada por la/el médica/o de referencia; el/la cual puede solicitar interconsultas con otras disciplinas si considera necesario, **b)** en una CH, donde prevalece el trabajo en equipo interdisciplinario y la situación, es recepcionada por 2 o 3 profesionales de medicina, psicología y/o trabajo social.

Concretada la admisión y atención, resulta interesante resaltar que según el efector (centro de salud u hospital) y la modalidad de abordaje en la atención (médica o interdisciplinaria), las **ofertas terapéuticas** también difieren. Podría pensarse que a mayor oferta terapéutica para las personas, mayor libertad de elección. Sin embargo, cabe considerar que dicha elección podría estar condicionada: por la disponibilidad de los insumos para el tratamiento farmacológico/medicamentoso (misoprostol o mifepristona y misoprostol), la posibilidad de derivación para un tratamiento quirúrgico con AMEU, por el conocimiento y preferencia que tienen las/os profesionales sobre las distintas ofertas terapéuticas condicionadas quizás por las diferentes modalidades que adopta el seguimiento de una interrupción según el método utilizado, y también por las modalidades de transmisión de esa información a las mujeres, el tipo de mensajes que utilizan atravesados muchas veces por los propios preconceptos o representaciones profesionales.

Por ejemplo suele escucharse de ciertos profesionales información incorrecta en relación a las terapéuticas: *“la AMEU es más segura y más rápida”, “con las pastillas a lo mejor tenés que consultar a una guardia”, “con las pastillas vas a tener mucho dolor”, “la AMEU con anestesia local es dolorosa”, “con la AMEU te van a dormir”, etc.*

Podría considerarse entonces, que el abordaje desde los CS como se mencionó anteriormente permitiría enmarcar la IVE/ILE en un proceso longitudinal de atención, conocer el contexto socio-familiar de la persona logrando un acompañamiento integral, probablemente mejorando la calidad en el cuidado. Pero al mismo tiempo podría constituirse en una barrera en la atención, considerando las dificultades para conseguir turnos en un contexto de alta demanda continua, la necesidad de tener que explicitar en una ventanilla para qué es el turno (en el marco de una fila con vecinos/as), el desconocimiento o la falta de especialización de los equipos de salud.

Por otro lado, en el abordaje de las CH, podría permitir un acceso al sistema de forma más rápida, ya que la mayoría funcionan sin turnos programados. Además, se logra mayor confidencialidad porque entre otras cosas no se comparte la historia clínica con el resto de la familia (como sucede en un CS), y se ofrece una atención especializada. Sin embargo, cabe resaltar que es probable que esa atención quede aislada de procesos integrales de atención afectando la calidad, al igual que la necesidad de traslado hacia un hospital afectando el acceso. También cabe preguntarse por los efectos que tendría la modalidad de atención por parte de un equipo interdisciplinario, ya que si bien el abordaje interdisciplinario, tendría la ventaja de hipotéticamente atender la problemática en toda su complejidad, podría al mismo tiempo poner en riesgo la necesaria intimidad requerida por las mujeres que transitan un aborto.

Partiendo de estas consideraciones, resulta pertinente resaltar que en la mayoría de los países donde el aborto es legal a voluntad (libre elección) de la mujer, los Estados han diseñado clínicas especializadas de atención del aborto, en contraposición a la política en Rosario de fortalecimiento de la atención en los CS. Por ejemplo en Sevilla (España), las mujeres son referidas desde los CS hacia clínicas especializadas. En un estudio realizado, las mujeres refirieron que la actitud del médico de referencia del CS fue burocrática, con heterogénea información en relación a los circuitos de derivación a las clínicas y sobre todo recibiendo desacuerdo y falta de apoyo en su decisión de abortar, resaltando mejor atención y calidad de información en las clínicas de ILE (Morillo Garcia et. al, 2007).

Otra experiencia cercana, es lo que sucede en el Distrito Federal, México³⁴, donde existen 13 clínicas de ILE con equipos especializados en la atención de esta problemática. En mi experiencia luego de transitar 3 meses por estas clínicas, parecería que las mismas tienen la ventaja de acortar los tiempos en resolución de las IVE/ILE; ya que en el mismo día la usuaria realiza la consulta, los estudios complementarios y se le otorga el método de aborto. Pero como planteaba en la hipótesis, la desventaja de quedar totalmente escindida del proceso longitudinal de atención, no habiendo contención ni continuidad, lo que se parece más a una política de reducción de riesgos.

³⁴ Para ampliar sobre experiencias en Clínicas de ILE en México D.F:
<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/directorio-clinicas-interrupcion-legal-del-embarazo/>

Calidad, desde una mirada sanitaria

La calidad de la atención para el aborto desde la mirada sanitaria, en base a los protocolos de atención es un elemento fundamental y engloba múltiples componentes. Evalúa: la *eficacia*, que consiste en prestar una atención fundamentada en la evidencia, la *eficiencia* cuando optimiza el uso de los recursos y minimiza los desechos, la *accesibilidad* geográfica, que la atención sea *aceptable/centrada en el paciente y equitativa* en términos de género, raza, religión, educación, etc, y *segura*, reduciendo al mínimo los riesgos y daños para las usuarias (OMS, 2022).

El aborto médico ha revolucionado el acceso a la atención para el aborto de calidad en todo el mundo. Los medicamentos que se emplean para provocar el aborto pueden administrarse de forma segura y eficaz en un establecimiento de salud o autoadministrarse en otro lugar (por ejemplo, en el hogar) si se cuenta con una fuente de información precisa y con medicamentos de calidad garantizada. La posibilidad del aborto autoadministrado es sin duda una disputa al poder médico hegemónico.

La Ley 27.610 y el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo no solo dieron un marco normativo claro para la provisión de abortos, sino que también contribuyeron a fortalecer la legitimidad de la práctica como un procedimiento regulado legalmente que da certidumbre a los equipos de salud. Por sobre esto, el sostenimiento y la rectoría de la política de aborto fortaleció un clima de trabajo seguro y previsible para las/os profesionales de la salud.

En un reporte realizado por el Proyecto Mirar en el año 2022, se plantean algunos indicadores para evaluar la calidad de la atención del aborto (Ramos et. al, 2022).

Primero se plantea la necesidad de *asegurar los insumos*. El abastecimiento de insumos para la provisión de abortos en los servicios de salud públicos ha sido una estrategia prioritaria de la política pública desde la aprobación de Ley 27.610 y es una condición necesaria para mejorar la calidad en la provisión de abortos: “sin insumos no hay garantía de un aborto seguro”. Como se mencionó anteriormente, recién en octubre de 2018 el misoprostol fue registrado para usos en salud reproductiva en dosis adecuadas (Disposición 946-12/10/2018 ANMAT). Durante 2020 se distribuyeron 18.590 tratamientos de misoprostol. Esta cantidad se cuadruplicó en 2021, ya que se distribuyeron 74.071 tratamientos para responder a la demanda de interrupciones voluntarias y seguras en el marco de la ley dentro

del ámbito de las instituciones de salud pública. En 2022, gracias a una donación aprobada por la ANMAT, se distribuyeron un total de 62.323 tratamientos de misoprostol y 28.577 tratamientos combinados de mifepristona y misoprostol. En 2023, se registró la mifepristona producida por un laboratorio comercial local y el acceso al medicamento fue posible también para usuarias de los subsectores de obra social y privado. Este mismo año, la distribución a centros de salud y hospitales continuó aumentando, alcanzando un total de 166.164 tratamientos (Romero et. al, 2024). Durante el 2024, con el nuevo gobierno se perdió la continuidad en la distribución de estos insumos a nivel nacional. En Rosario se pudo saldar este conflicto porque la provincia cuenta con la producción pública de estos medicamentos del laboratorio LIF, no evidenciándose faltantes.

Segundo es prioritario brindar una *atención integral y continua*. La disponibilidad de información sobre los días y horarios de consulta por IVE/ILE en cada servicio, los mecanismos para acceder a los turnos, los tiempos de espera para la atención, la resolución en el mismo efector donde se realiza la consulta y/o los mecanismos para articular con otros efectores, y los pasos clínicos que se establecen para dar respuesta a la solicitud de un aborto.

Tercero, es importante contar con *información de gestión*. Resulta necesario poder contar con información sobre diferentes indicadores que permitan mejorar la calidad de atención.

Cuarto, *la formación de recursos humanos*. Ampliar las capacitaciones virtuales, asistencias técnicas, así como la incorporación del tema del aborto en las residencias médicas son fundamentales para ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención.

Quinto, pensar *la consejería como un espacio de intercambio de información y de toma de decisiones*. La consejería es el espacio privilegiado de intercambio de información, pero no debería ser obligatorio. En este sentido es importante fortalecer las habilidades comunicacionales de los equipos, garantizar los contenidos que deben incluirse y promover la integración multidisciplinaria cuando se necesite. Estos espacios necesitan ser revisados casi permanentemente para que efectivamente cumplan con el objetivo para el cual están diseñados.

El sexto y último punto, hace referencia a *la certificación de la calidad*. La evaluación externa son procesos por medio de los cuales se puede evaluar la efectiva implementación de

la política de acceso al aborto en cada efector, en qué condiciones se hace y cuáles son las áreas de mejora.

La encuesta MACA mencionada anteriormente, donde se utilizó el primer instrumento validado y estandarizado para medir el acceso y la calidad en todos los subsectores del sistema de salud argentino y según la ley de aborto vigente, mostró que el 90% de las usuarias se sienten cómodas expresando sus necesidades a profesionales de salud, y manifestaron altos niveles de calidad en los servicios de salud donde accedieron el aborto, aunque el 60% desconocía dónde solicitar un aborto (Ramón Michel et. al, 2024). Esto da cuenta de la falta de difusión acerca de la ley y de los efectores donde las personas pueden consultar. Este desconocimiento generalmente aumenta el nivel de angustia y ansiedad hasta lograr un real acceso al sistema de salud, y por lo tanto afectado finalmente la calidad del cuidado.

Ética del cuidado en la atención del aborto. El aporte de los feminismos

*En todo caso lo que reivindicamos es el poder enorme de definir y decidir cuál vida será y cuál vida no... Esa es una potencia tan grande, que es lo que el patriarcado no soporta. Esa capacidad de decidir qué vida será y qué vida no será.
(Ruth Zurbriggen)*

Durante muchos años los principales acompañamientos a mujeres que solicitaban abortar fueron de las compañeras socorristas. Como se mencionó anteriormente Socorristas en Red es una articulación de colectivas de Argentina que brinda información y acompañamiento siguiendo los protocolos de la OMS, para realizar abortos autogestionados de manera segura y cuidada. Es un activismo voluntario y solidario, y su disposición se enmarca en “una nueva política de los afectos para acompañar abortos” afirma Ruth Zurbriggen (Tarocco, 2020), referente del espacio. Por su parte Molinier (2005) afirma que cuidar de otro, no es solo pensar en el otro, preocuparse intelectual o afectivamente por él, sino ante todo hacer algo, producir un trabajo que contribuye directamente a preservar o continuar la vida del otro. En este sentido los feminismos continúan poniendo en agenda y discutiendo los modos de atención-cuidado en salud.

Desde sus inicios en el año 2012 hasta la actualidad, las socorristas han sido parte fundamental, no solo en el acompañamiento de abortos seguros, sino también en la discusión en torno a cómo deben ser garantizadas y acompañadas las IVE/ILE tanto dentro como fuera

del sistema de salud. Ruth Zurbriggen en el diarioAR afirma que “*que la ley fue fundamental para darle legitimidad a una decisión, y para reconfigurar los sentidos del acompañar*” (Salas, 2024). El acompañamiento socorrista implica estar, escuchar, mandar un mensaje, atender una llamada, despejar dudas, dar consejos. En un estudio realizado por Ibis y la Colectiva Feminista La Revuelta, uno de los aspectos que se destacó es que las personas que estuvieron acompañadas por socorristas durante la IVE/ILE recibieron mejor calidad de servicios en 7 de 9 indicadores (Ibis & Colectiva Feminista La Revuelta, 2024). En otro estudio realizado en 2022 en Argentina sobre la calidad en la atención del aborto concluyeron que las interacciones interpersonales son fundamentales para la experiencia general de las personas (Bercu et. al, 2022).

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, toma la historia de estos acompañamientos feministas y plantea la necesidad de garantizar abortos amorosos desde el sistema de salud, negándose a reproducir la violencia institucional, misógina y patriarcal que históricamente ha desarrollado la medicina sobre el cuerpo de las mujeres.

Para las profesiones relacionadas con el cuidado, la conversación y la escucha de los pacientes son una parte importante del cuidado, sin embargo, el sistema médico hegemónico representado en las instituciones de salud busca generalmente medir indicadores, quedando poco lugar para otro modo de atención en salud, donde prime la escucha como aspecto clave en el proceso de atención-cuidado. Esto se ve agravado por el proceso de proletarización y flexibilización de las profesiones de cuidado afectando la calidad, reforzando la devaluación material y simbólica de estas profesiones (Arango Gaviria, 2011, p. 106).

Otro aporte a la ética del cuidado, es la producción del movimiento de la salud colectiva. En un artículo de Michalewicz y otros describen el pasaje del concepto salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado, explorando los distintos usos del término cuidado en el campo de la salud. Concluyen que el cuidado se instituye siempre en un vínculo intersubjetivo. “Así, la satisfacción de necesidades que pueda implicar cierta práctica no puede aislarse nunca del vínculo en el cual se produce, afirmando que no existe cuidado sin la instauración de un vínculo; y que dicho vínculo debe estar sustentado en una corriente afectiva tierna, posibilitando ello la inclusión en el mismo de *la empatía, el miramiento y el buen trato*” (Michalewicz, 2014, p. 222). En este sentido resulta interesante el antecedente de un estudio en Uruguay que concluye que si bien se resuelve el problema del aborto reduciendo los índices de muertes por causas de abortos inseguros, el sistema de

atención continúa reproduciendo una lógica violenta y estigmatizadora, siendo necesario cambiar el paradigma de atención, hacia una salud colectiva integral y con perspectiva de género (Moncalvo Dalmas, 2017).

Cuando se toma la visión de las/os usuarias/os de los servicios de salud, estas/os suelen reclamar por la falta de interés y responsabilidad de los diferentes servicios en relación a su persona y a su problema. Según Merhy (2006): "Como regla los usuarios se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, despreciados, no respetados" (p. 84). Resulta interesante analizar la percepción de las mujeres en el proceso de atención-cuidado de las IVE/ILE.

El sinuoso camino de acceso a la información

Cada año se provocan cerca de 73 millones de abortos en todo el mundo. El 61% de los embarazos no deseados (y, en conjunto, el 29% del total de embarazos) se interrumpen voluntariamente (OMS, 2021).

Previo a la sanción de la Ley de IVE no existían registros públicos de los abortos no punibles en Argentina, en gran medida por problemas de registro. Se estimaba que se realizaban entre 370.000 y 520.000 abortos por año según un estudio realizado por S. Mario y E. Pantelides en el año 2009 (Pantelides & Mario, 2009). Con la sanción de la Ley de IVE, y el fortalecimiento de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), se difundieron documentos que dieron cuenta de cierta rectoría en la implementación de la ley mediante los informes ImplementAR. Aquí se reportaron 73.487 IVE/ILE en 2021, 96.664 en 2022, 86.565 en 2023 en servicios públicos de salud. Durante el 2024 con el nuevo gobierno, no se difundieron números de IVE. Los datos de los años publicados muestran una tendencia similar. Si bien es un corto período de tiempo para realizar grandes análisis, impresiona suceder lo anunciado a lo largo del debate por la legalización del aborto, acerca de que la sanción de la ley no iba a generar un aumento de la cantidad de abortos.

Según el Proyecto Mirar, se pudieron recolectar los datos de la provincia de Santa Fe, donde se realizaron 4383 IVE/ILE en 2021, 6645 en 2022, 6212 en 2023, y 2946 durante el primer semestre de 2024 (Proyecto Mirar, 2024). Por otro lado, también se solicitó información sobre la cantidad de IVE/ILE al área de estadísticas de la SSP de Rosario, instancia institucional que refirió no tener sistematizados los datos de IVE/ILE post sanción

de la ley, situación que fue atribuida a dificultades y heterogeneidad en el registro por parte de los equipos de salud en los sistemas de información.

En el artículo de Silvina Ramos y Sandra Salomé Fernández Vázquez ¿por qué abortan las mujeres?, plantean que las investigaciones dan cuenta que no es posible definir perfiles de las mujeres que abortan, ni en lo que refiere a la situación socioeconómica ni en otros aspectos como la edad, las experiencias de maternidad previas, etc. Las mujeres que abortan tienen condiciones personales y de vida muy variadas (Ramos & Fernandez Vázquez, 2020).

Sin lugar a duda, la ausencia o insuficiencia de registros oficiales sistemáticos de los servicios de salud, contribuye a esta imposibilidad. En efecto, no hay informes oficiales del Ministerio de Salud de la Nación ni de la SSP de Rosario sobre la edad de las mujeres que abortan.

Existen algunos datos disponibles que coinciden en que las mujeres abortan en mayor medida entre los 20 y los 29 años (Ramos & Fernandez Vazquez, 2020). En un estudio realizado por el servicio de AMEU del CEMAR (Botta et. al, 2024) sobre las mujeres que realizaron IVE por la técnica de AMEU entre 2017 y 2022, el promedio de edad de las usuarias fue de 26 años. También concluyen que más de la mitad de las mujeres (51.9%) había completado los estudios secundarios y que del 53.5% que refirió tener trabajo, solo el 14.2% correspondía a un trabajo formal.

En relación a la edad gestacional en la cual se producen las IVE/ILE, se pudo recolectar según el reporte anual del Proyecto Mirar que, de 7 a 9 de cada 10 solicitudes se presentan antes de la semana 12, con un rango entre 74% y 96% (Romero et. al, 2024)

CAPÍTULO 3 - Estrategia Metodológica

Se trata de un estudio de tipo descriptivo con enfoque cualitativo, que se refiere en su sentido más amplio, a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Taylor & Bogdan, 2000).

Tomando los aportes de Espada Benito “en la medida en que queremos acercarnos a la experiencia socio subjetiva del aborto, lo más pertinente sería desarrollar entrevistas abiertas o en profundidad a personas implicadas en los procesos de interrupción del embarazo. La entrevista en profundidad constituye una conversación cotidiana extraordinaria que se lleva a cabo entre dos individuos con el fin de captar los significados y sentidos asociados al objeto de estudio” (Espada Benito, 2019, p. 53).

El trabajo se realizó en la ciudad de Rosario, Argentina, a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas a mujeres que abortaron en el marco de una IVE/ILE en efectores de la red de salud pública municipal durante el año 2024; contemplando diferentes niveles de atención, modalidades de atención y referencia territorial. Se tomó un recorte temporal con el fin de poder analizar la situación de las IVE/ILE post sanción de la ley y teniendo en cuenta el contexto nacional de retroceso en las políticas de salud sexual y reproductiva. Se orientó en el nivel particular, a describir las significaciones otorgadas a los modos de acceso y de atención de las interrupciones de embarazo, desde la perspectiva de las mujeres, y en un nivel más general teniendo en cuenta el marco normativo después de sancionada la Ley de IVE, la estructura y funcionamiento del sistema de salud público de la ciudad de Rosario y las políticas públicas implementadas al respecto.

Se trabajó con una muestra intencional para asegurar una máxima variabilidad de casos que reflejen la heterogeneidad/complejidad del universo de estudio. En tal sentido, se intentó incluir en la muestra mujeres que hayan realizado sus IVE/ILE en diferentes niveles de atención en salud: centro de salud (CS) o consejería hospitalaria (CH), mujeres que tuvieron experiencias previas de aborto y mujeres que abortaron por primera vez, mujeres con y sin hijos, con y sin pareja, mujeres que hayan utilizado diferentes métodos de aborto (farmacológico/medicamentoso o quirúrgico). La selección de los casos se realizó a partir del contacto con los equipos de atención en salud que atendieron a estas mujeres. En este sentido cabe destacar que ante la complejidad del tema presentado, primero se contactó a las/os médicas/os referentes en el proceso de atención de IVE/ILE de más de 25 centros de salud de la ciudad de Rosario y de 2 consejerías hospitalarias. Se les propuso invitar a mujeres que

hayan realizado una IVE/ILE durante el año 2024. La propuesta tuvo muy buena recepción, quedando las médicas/os dispuestas/os a contactarse cuando alguna mujer o persona con capacidad de gestar accediera. Sin embargo, la realidad fue distinta a la esperada, en sus inicios se obtuvieron muy pocos contactos para entrevistar; teniendo que volver a recordar la propuesta en varias oportunidades. En algunos casos referían que se habían olvidado ante tanta demanda de trabajo en los equipos de salud, y en otros que las mujeres no querían participar. Por otro lado, una vez que se tenía el contacto de las mujeres que habían dado su consentimiento para llamarlas, surgieron grandes dificultades para concretar los horarios de las entrevistas, disponibilidad de lugar para hablar tranquilas, dificultad para trasladarse hacia otro lugar, y finalmente en aquellas concretadas, muchas veces aparecieron resistencias para explayarse en algunas preguntas.

Cabe señalar que el trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (Resolución N° 090834 del año 2016) con fecha del 24 de julio de 2024.

Las entrevistas se realizaron mayoritariamente de forma presencial en los espacios institucionales donde las personas realizaron el aborto (centros de salud u hospitales), dando las participantes su consentimiento escrito. Algunas mujeres optaron por entrevistas virtuales, comenzando la grabación desde el momento en que la participante otorgaba su consentimiento informado oral. Se utilizó una guía orientadora de preguntas. La entrevista fue testeada y pudo variar su orden de acuerdo a la conversación con cada mujer. Finalmente, fue posible realizar 22 entrevistas en mujeres que realizaron una IVE (hasta 14 semanas de gestación) en el año 2024, siendo 18 de forma presencial en diferentes efectores de la red de salud, 2 se realizaron por teléfono y 2 por videollamada. No fue posible entrevistar a mujeres que hayan realizado una ILE (abortos de más de 15 semanas), siendo esta una limitación para analizar el acceso y la calidad de atención en ese plazo.

Las entrevistas constaron de dos etapas, en el inicio, un cuestionario estructurado que relevaba datos personales como edad al momento de la IVE/ILE, escolaridad, situación laboral, gestas previas, situación conyugal, edad gestacional, lugar de atención, modalidad de atención y técnica de aborto. Seguidamente, se realizaron preguntas abiertas haciendo foco en la experiencia de las personas (Pasquali, 2019). Los ejes temáticos de las entrevistas giraron en torno al acceso y la calidad de cuidados en el proceso de atención del aborto, conocimiento previo de las mujeres sobre la ley y la red de atención; circuitos específicos

recorridos para acceder al aborto y tipo de práctica realizada, barreras y facilitadores percibidos por la mujer para la realización de la práctica del aborto, valoraciones generales de las mujeres respecto del proceso de atención recibido.

Este trabajo se propone comprender los discursos sobre el aborto como puntos de vista y subjetivaciones singulares, incorporando una atención especial a la experiencia singular de lo social por parte de los sujetos (Benito, 2019), como insumo para la elaboración de políticas públicas con perspectiva de género en la atención de los abortos.

Para el análisis de datos se realizó una codificación abierta del material surgido de las entrevistas, identificando de manera inductiva códigos, categorías y temas relevantes, antes que trabajar con categorías predeterminadas. A fin de asegurar la *confiabilidad* del estudio se respetó en todo momento el registro textual de los discursos de las entrevistadas, permitiendo de este modo una clara diferenciación entre testimonios e interpretación de la investigadora (Lincon & Guba, 1985). Se utilizó el número de entrevista, un nombre de fantasía y la edad para identificar a las entrevistadas con el fin de proteger la privacidad, la confidencialidad y la integridad de la investigación.

Wendy Rickard en su texto “historia oral, trauma y tabú” plantea que la historia oral se ha convertido en una extensión casi natural de la práctica de la autoconciencia. La autora sostiene que las reacciones de las personas que ha transcrito parecen indicar que la historia oral permite trasladar o devolver en cierto sentido el trauma del ámbito privado al público, advirtiéndolo al historiador oral, la necesidad de actuar con cautela en lo que se refiere a la expresión pública de temas tabú (Rickard, 2000). La historia de las mujeres entrevistadas desentierra verdades incómodas y permite que las voces históricamente silenciadas se integren en un relato histórico y colectivo.

CAPÍTULO 4 - Presentación de las mujeres entrevistadas

Se realizaron 22 entrevistas a mujeres que realizaron IVE durante el año 2024, 18 fueron realizadas de forma presencial, 2 por videollamada y 2 por llamada telefónica. En este capítulo se abordarán las características sociodemográficas de las entrevistadas y tres dimensiones: la historias de embarazos y abortos previos, las redes de apoyo durante la IVE y el proceso de toma de decisiones.

Cuadro 1: Características sociodemográficas de las entrevistadas

Nº y Nombre de Entrevista	Edad	Nivel Educativo	Trabajo	Gestas previas	Hijas/os	Abortos previos	Pareja	Red de apoyos	Grupo conviviente
1 ANAHÍ	31	Secundaria Incompleta	SI, informal (empleada: empresa)	NO	NO	NO	NO	mamá, amigo	Sola
2 JULIA	23	Primaria Incompleta	SI, informal (empleada: seguridad)	SI	SI	NO	SI	amiga	Mamá y 2 hijos (5 y 7 años)
3 SOFIA	23	Universitaria Incompleta	Desocupada	NO	NO	NO	SI	hermana, mamá	Mamá, abuela, padrastro
4 CAROLINA	20	Secundaria Completa	SI, informal (empleada: bar)	SI	SI	NO	SI	pareja, hermana	Mamá, hermana e hijo
5 ALEJANDRA	39	Secundaria Completa	SI, informal (empleada doméstica)	SI	SI	SI, en otro hospital	SI	pareja, familia	Hijos
6 MAIA	36	Secundaria Incompleta	SI, informal (empleada doméstica)	SI	SI	NO	SI	pareja	3 hijos (20, 18 y 13 años)
7 NATALIA	34	Secundaria Incompleta	Desocupada	SI	SI	SI, clandestino	SI	amiga	3 hijos
8 ROSA	32	Primaria Incompleta	SI, informal (por su cuenta: vende comida)	SI	SI	SI, clandestino en otro país	NO	amiga	3 hijos (11, 8 y 5 años)
9 ANA	28	Secundaria Incompleta	Desocupada	SI	SI	NO	SI	NO	Pareja y 2 hijos (6 y 4 años)
10 EMILIA	27	Secundaria Completa	SI, informal (empleada doméstica)	SI	SI	NO	NO	sin datos	Hijo (2 años)
11 CELINA	24	Universitaria Incompleta	SI, informal (empleada: negocio)	SI	SI	NO	NO	mamá	Mamá e hijo (8 años)
12 MARINA	24	Secundaria Completa	SI, informal (empleada: atención al público)	SI	NO	SI, en CS	SI	pareja, amiga	Sin datos
13 CLARA	22	Secundaria Incompleta	Desocupada	SI	SI	NO	NO	mamá, papá, ex pareja	Papá, hermanos, cuñada, hijo (8 meses)
14 NADIA	42	Secundaria Completa	NO trabaja por decisión	SI	SI	NO, RN falleció periparto	SI	pareja, hermanas, suegra	Pareja, hijos (22 y 17 años), e hijastro
15 FLORENCIA	30	Secundaria Completa	SI, Formal (empleada: empresa)	SI	SI	SI, en CS	NO	ex pareja, mamá, amiga	Pareja y 2 hijos (7 y 4 años)

N° y Nombre de Entrevista	Edad	Nivel Educativo	Trabajo	Gestas previas	Hijas/os	Abortos previos	Pareja	Red de apoyos	Grupo conviviente
16 AGUSTINA	28	Universitaria Incompleta	Desocupada	SI	SI	NO	SI	pareja	Pareja, hermano e hijo (2 años)
17 ANDREA	24	Secundaria Completa	Desocupada	SI	SI	NO	SI	pareja	Pareja, e hijo (7 años)
18 BELÉN	24	Secundaria Completa	SI, informal (empleada: bar)	SI	SI	NO	NO	amiga, pareja, mamá	Papá, 3 Hermanos, e hijo (5 años)
19 CINTIA	21	Secundaria Completa	SI, informal (empleada: s/d)	NO	NO	NO	SI	amiga, hermana, mamá, pareja	Sin datos
20 ELIANA	30	Secundaria Completa	SI, informa (por su cuenta: manicura)	NO	NO	NO	NO	amigas, hermana	Sola
21 INÉS	28	Secundaria Completa	SI, informal (por su cuenta: peluquería)	SI	SI	NO	NO	mamá	3 hijos
22 LAURA	26	Universitaria Incompleta	SI, informal (empleada: telemarket)	NO	NO	NO	NO	amiga, Psicóloga	Sola

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas realizadas

Situación sociodemográfica

En las entrevistas realizadas todas las personas se identificaron como mujeres cis género, la edad mínima fue de 20 años y la máxima de 42, siendo **28 años el promedio de edad**. La mayoría tenía gestas previas e hijos vivos. 5 habían realizado abortos previos. En relación con la escolaridad, 15 mujeres habían terminado los estudios secundarios, y 14 contaban con trabajo. Más de la mitad contaba con pareja estable, y solo 1 no tenía redes de apoyo. Todas realizaron las interrupciones del embarazo **dentro de las 14 semanas de gestación** durante el año 2024.

Con respecto a la **escolaridad**, 15 mujeres habían terminado los estudios secundarios, incluso 4 avanzaron en estudios universitarios, mientras que 5 no habían cumplimentado el nivel secundario y 2 el nivel primario.

Según relatan algunas entrevistadas, la escolaridad se vio interrumpida por la presencia de un embarazo, encontrando luego grandes dificultades para retomarla por la necesidad de asegurar un ingreso económico para llevar adelante la familia. Cuando se produce el nacimiento, la vivencia de la maternidad/paternidad trae otra serie de cuestiones a resolver. En términos de gestión de la vida cotidiana y de la posibilidad de sostener la

escolaridad, la cuestión de los cuidados y su organización resulta central. También la de lograr compatibilizar la escuela, el empleo y los cuidados (Faur & Fuentes, 2019).

“Hice hasta sexto grado... cuando quedé embarazada de la nena yo tenía 14 años y del nene 18 años... como que nos criamos juntos”. (2, Julia, 23)³⁵

“Hice secundaria, hasta el tercer año, me gustaría terminar, pero pasa que tengo una bebé de 8 meses, entonces me gustaría conseguir un trabajito, digamos, antes de seguir la secundaria”. (13, Clara, 22)

En el relato de una entrevistada, al rol asumido de mujer/madre se suman los mandatos de género como barreras que obstaculizan la continuidad de la escolaridad.

“Nunca retomé la escuela, porque me hice pareja y todo era atender como mujer al hombre... Me arrepiento por no estudiar. Me gustaría, pero no puedo... Porque yo soy la que trabaja en mi casa y mantengo a mis tres hijos”. (8, Rosa, 32)

Hartmann afirma que la mujer trabaja en la familia realmente para el hombre, aunque evidentemente reproduce también el capitalismo (Hartmann, 1985, 6). En el relato de Rosa se naturaliza e invisibiliza el contenido socio histórico, la organización social de las tareas de reproducción y cuidado. No es un atributo o cualidad natural de las mujeres dedicarse a estas tareas, sino que es una asignación socialmente distribuida (Burton & Peralta, 2021).

Una vez terminada la secundaria, continuar estudiando una carrera universitaria también se hace muy difícil de contemplar en el marco de una maternidad. Este es el caso de Celina, de 24 años que tuvo su hijo a los 16 años; y si bien pudo culminar la secundaria, no logró avanzar en un estudio universitario, ya que tuvo que comenzar a trabajar.

“Terminé la secundaria. Estaba estudiando trabajo social... pero dejé, porque tengo un hijo de 8 años y en ese momento no se quedaba solo. Así que empecé a trabajar”. (11, Celina, 24)

En algunas mujeres entrevistadas aparece el abandono escolar en la adolescencia en algunas oportunidades a raíz de la maternidad temprana. Y la evidencia muestra que las personas que tuvieron hijos/as durante la adolescencia alcanzaron menor nivel educativo,

³⁵ Las citas hacen referencia al número de la entrevista, el nombre ficticio y la edad.

tuvieron menores oportunidades laborales y su nivel de ingresos económicos fue significativamente más bajo, en comparación con las mujeres que fueron madres en la edad adulta (UNFPA, 2020). El abandono escolar en adolescentes, muchas veces está asociado a un embarazo temprano. En Argentina, el 58.9% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83.4% de los embarazos de las menores de 15 años son reportados como no intencionales (Rodríguez Vignoli, 2014, en ENIA, 2019).

Un avance en este punto se puede observar en el período entre 2018 y 2022, donde la tasa específica de fecundidad de adolescentes (TEFA) de 15 a 19 años se redujo de 49 nacidos vivos por mil adolescentes a 27 nacidos vivos por mil adolescentes, un descenso de casi el 50%. En ese mismo período, también se redujo 57% la fecundidad de las niñas menores de 15 años, grupo en el cual la mayoría de las gestaciones son consecuencia de situaciones de abuso o coerción sexual o violación, lo que hace su prevención más compleja aún (Romero et al, 2023). Gran parte de este logro se debe a la implementación del plan de embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA), el cual fue desmantelado³⁶ con el gobierno de J. Milei (ACIJ et. al, 2024).

De las mujeres entrevistadas, **14 tenían trabajo informal**, de las cuales 11 se dedican al servicio doméstico o son empleadas en relación de dependencia (bares, seguridad, atención al público, etc) y 3 trabajan por su cuenta (manicuría, peluquería, comida en ferias). **7 estaban desempleadas, y solo una (1) contaba con un empleo formal y obra social**. A las mujeres históricamente se las considera una fuente de trabajo secundaria, ocupan lugares de trabajo relacionados con el cuidado del cuerpo, a la atención, a la producción de comida, y el trabajo doméstico en casas particulares, etc.

“...no tengo obra social porque estoy en negro”. (22, Laura, 26)

“...de turno de mañana empleada y de tarde trabajo en una verdulería. En los dos estoy en negro, no tengo obra social”. (6, Maia, 36)

El trabajo informal es uno de los principales determinantes de vivir en la pobreza, que sumado al ser mujer, aumenta esta posibilidad. Según un informe elaborado por el Observatorio de género de la violencia y desigualdades por razones de género del 2022, la tasa de trabajo informal es del 38,2% en las mujeres y del 34% en los varones, con una brecha

³⁶ Integrantes del Consejo Asesor del Plan ENIA y profesionales con amplia experiencia y trayectoria en temas de niñez y adolescencia y en derechos sexuales y reproductivos se expresaron frente al desmantelamiento del Plan ENIA. <https://huesped.org.ar/noticias/frente-al-desmantelamiento-del-plan-enia/>

de 4,2 puntos porcentuales. Esto indica que la incidencia de formas de trabajo no registrado en las relaciones asalariadas es mayor en las mujeres que en los varones. Es decir, las mujeres están más expuestas a trabajos precarios sin acceso a la seguridad social (aportes jubilatorios, obra social, entre otros) ni al resto de sus derechos laborales (Observatorio de violencia, 2022).

Un ejemplo es el caso de Anahí, que logró terminar la secundaria, pero no pudo concretar su deseo de estudiar. Tuvo que empezar a trabajar en condiciones que fueron determinantes en su modo de vida. Trabaja informalmente para una empresa en horarios nocturnos, situación que le conlleva dormir durante todo el día.

“...Iba a estudiar analista en sistema, pero bueno, ahora tengo que trabajar. Aparte estoy en negro y también sale cara la obra social... Yo era monotributista y se me dio de baja, pero tengo que ver de volver a hacérmelo, y ver si de ese lado me puedo hacer una obra social”. (1, Anahí, 31)

Otro efecto del trabajo informal es la falta de acceso a derechos laborales como las licencias pagas y la estabilidad laboral. Se evidencia en el caso de Julia, que trabaja en seguridad desde hace un año, y la situación de embarazo iba a implicar el pedido de licencias médicas y posibilidad de ser despedida de su trabajo.

“...Son como muy estrictos. Cuando sacas parte médico como que les molesta... yo decía: si llego a sacar parte me tienen que dar tres meses, y después me tienen que acomodar en un lugar donde no corra peligro... Entonces, como que tenía miedo que me echen...”. (2, Julia, 23)

El informe del Observatorio señala la evidente segregación horizontal, mostrando que la mayoría de las mujeres se dedican al servicio doméstico (98,5%), a la salud (74,6%) y la educación (73,0%), actividades que se encuentran socialmente asociadas a trabajos de cuidado. Por el contrario, los varones son mayoría en los sectores de la industria (71,5%), transporte (81,9%) o construcción (96,4%).

De las 7 entrevistadas que no trabajan, una es por decisión personal, 5 por no encontrar empleo, y en el caso de Andrea, quien es jugadora de fútbol, se evidencia la brecha

de género vinculada en este caso a la falta de profesionalización del fútbol femenino. En Argentina existe una brecha salarial en el fútbol entre ambos géneros del 40,5% (Corti, 2023).

“Por ahora no trabajo, juego a la pelota, en un club, me dedico a eso y a ser mamá. Yo quiero ser profesional, quiero llegar a la AFA. Ahora estoy en una liga que no nos pagan”. (17, Andrea, 24)

De las mujeres entrevistadas la mayoría (16) **tenían hijos**, cinco mujeres habían realizado abortos previos en contraposición a los mitos de que las mujeres que abortan no quieren ser madres. Estos datos están en consonancia con los hallazgos del estudio realizado en CEMAR, en el que un 70% de las mujeres atendidas contaba con gestas previas (Botta et. al, 2024).

La historia de embarazos, e incluso abortos previos merece un análisis particular, por haberse dado en algunos casos en un contexto previo a la sanción de la ley, por la particularidad de la edad en la cual quedaron embarazadas, y para reflexionar sobre quienes tomaron la decisión de continuar o interrumpir el embarazo.

Historias de embarazos y abortos previos

- La expropiación de la voz de la mujer...

Natalia relata una experiencia transcurrida muchos años antes de la sanción de la ley, aproximadamente en el año 1990, momento histórico de primacía de representaciones del aborto ligado a lo ilegal y clandestino, y de la condición adolescente asociada a la incapacidad de tomar decisiones. En su relato, pueden entreverse las marcas subjetivas de haber transitado un proceso de interrupción del embarazo en el cual su voz, sus dudas, sus temores, no parecen haber tenido ninguna posibilidad de expresión y escucha. Otro decide por ella. En tal sentido, teniendo en cuenta que el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación del año 2015, reconoce a las/os adolescentes a partir de 16 años su capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta, experiencias como la de Natalia, visibilizan como en ocasiones, opera una disyunción entre la normativa escrita y los avatares de la realidad psíquica. Momento crucial en el que resulta clave la capacidad de escucha del equipo de salud que atienda a las mujeres y el esfuerzo de ajuste entre los tiempos biológicos y los tiempos lógicos de la subjetividad, de modo que permitan a la mujer arribar a una toma de decisión segura y autónoma.

“Tuve una mala experiencia cuando era más chica... Yo tenía 17 años ... Mi mamá tenía una pareja que le decía lo que tenía que hacer y yo había quedado embarazada de mi primer noviecito, y el hombre este le consiguió un lugar para que yo vaya y me saque el bebé... Fue un lugar no tan clandestino, era un consultorio privado donde una persona hacía eso. Mi mamá accedió, y me llevó. No hubo maltrato, la mala experiencia tuvo que ver con la situación por haberme hecho hacer algo de lo que yo no podía decidir en ese momento”. (7, Natalia, 34)

Por su parte, el caso de Belén, deja en evidencia el poder que pueden ejercer mujeres imponiendo la maternalización a otras mujeres. Así, el poder médico y el de una familia que no apoyaban la decisión se sobreimponen a la voz de esta mujer, cohibiendo su decisión de abortar. Un mecanismo de presión ejercido para disuadir a la entrevistada de realizar el aborto, fue mostrarle la imagen de la ecografía haciendo comentarios al respecto.

“En el embarazo de mi hijo yo no estaba segura, yo quería abortar y la ginecóloga se enojó conmigo, me empezó a tratar mal y me dijo de todo, incluso también mi familia. Yo tenía 18 años, yo era chica, mi mamá estaba enojada. Y yo había tomado la decisión de no tenerlo. Sí, la había tomado la decisión hasta que bueno, me hicieron hacer una ecografía, y cuando fui pasó mi mamá conmigo y mi hermana me acuerdo, y me dijeron que no, que cómo voy a hacer eso, que era una vida y que ya tenía 3 meses y que era re grande... y yo no sabía. Y bueno, con la ecografía ya me encariñé y chau”. (18, Belén, 24)

Entre las entrevistadas que tenían hijos, al indagar sobre dichas decisiones resultan llamativos algunos relatos de historias reproductivas previas en donde las decisiones aparecen desdibujadas o claramente tomadas por otras personas que no fueron las propias mujeres. El caso de Clara evidencia el poder patriarcal que ejercen los varones, en este caso el padre, a la hora de poder decidir autónomamente sobre la maternidad. Ella refiere que su bebé de 8 meses también fue producto de un embarazo no buscado, pero en aquel momento decidió continuar con él.

“...porque yo le hago mucho caso a mi papá, mucho caso, y bueno, me acuerdo que había pensado yo también en hacerlo a eso, y el chico

este también pensaba en lo mismo, en no tenerla a la bebé, y bueno, mi papá me dijo que no quería que haga eso, que la tenga, que la tenga, y bueno, le hice caso”. (13, Clara, 22)

- El aborto como anatema...

En la entrevista de Rosa, una mujer con escasos recursos socioeconómicos, oriunda de Bolivia, aparecen también las consecuencias de los marcos restrictivos que priman en América Latina y el Caribe, y de los ideales o aspectos religiosos que tienen tanta influencia en esas comunidades.

“Si, perdí uno en Bolivia. Tomando así pastillas... Allá es prohibido. No podías hacer esto... Lo hice mediante una amiga también que consiguió en una farmacia que te venden y tomé eso (pastillas para abortar). Y sí me hizo efecto eso...Mi mamá me dijo maldita ¿cómo vas a hacer esto? Porque ya era de tres meses, estaba bien formadito. Y mi mamá me dijo, vamos a la Iglesia... Hemos agarrado agua bendita y la hemos ido a enterrar al cementerio”. (8, Rosa, 32)

- Vos tenías que ir por el lado de la maternidad...

Alejandra relata una experiencia violenta y negativa con relación al aborto, incluso dentro del marco de la Ley 27.610 en el año 2023. Si bien se le dio acceso a la IVE desde el CS, luego requirió realizar una consulta por guardia por presentar una hemorragia mayor a la esperada, y en el Hospital recibió maltrato y dilación en la atención, situación que vivió con angustia y desesperación.

“La primera vez me hicieron el proceso de pastillas, estuve tres días con una hemorragia, no me paraba, más que estaba anémica, me hizo peor, me fui a la guardia del Hospital que me derivaron del centro de salud, me tuvieron seis horas para atenderme, cuando llega mi turno de atenderme me dicen no mamá, pero vos tenías que ir por el lado de maternidad, le digo pero de maternidad me mandaron a la guardia. Entonces estuve ocho horas dando vueltas, que no sabían dónde atenderme, hasta que me dejan, me hacen ecografía, me hacen volver al otro día a esperar otras cuatro o cinco horas, me mandan a otro hospital, que es el único que tiene guardia ginecológica y en ese me

dejan internada todo el día, me pasan el suero y me hacen un raspaje.” (5, Alejandra, 39)

Cabe aclarar que el raspaje o legrado uterino es una técnica en desuso, la OMS no recomienda la misma. Según Alejandra el raspaje se realizó en la guardia con anestesia local, lo cual podría suponerse que tal vez fue una AMEU.

- Preguntar y preguntar para confirmar la decisión...

La situación de Florencia es interesante para analizar los cambios que la ley generó en Santa Fe, ya que relata una interrupción anterior, en el año 2020, previo a la sanción de la ley; y no identifica diferencias con el aborto realizado en 2024. De todos modos, podría inferirse que la cantidad de preguntas y consultas que tuvo que realizar en el año 2020 podrían tener que ver con identificar causales de no punibilidad acorde con el viejo marco legal.

*“...era bajo mi consentimiento, todo eso, pero como que en Santa Fe sí estaba la ley, ¿no?... No sé, me preguntaron, siempre me preguntaron, no es que yo quería y sí, listo, lo hacemos. Se me preguntó, se me preguntó si estaba segura, o sea, fue charlado, no fue algo de llenar un papel y listo, no, no, no, no. Fue hablado, vine varias veces, no es que de un momento para otro... Vine, hablé, hablé. Sí, se me consultó, se me preguntó si estaba segura, también los motivos... Pero la atención fue excelente en las dos oportunidades”.
(15, Florencia, 30)*

Redes de apoyo

*Soy mujer.
Y un entrañable calor me abriga
cuando el mundo me golpea.
Es el calor de otras mujeres,
de aquellas que hicieron de la vida
este rincón sensible, luchador,
de piel suave y corazón guerrero.
(Alejandra Pizarnik)*

- Mi mamá re estuvo conmigo...

La mayoría de las entrevistadas contaba con una red de apoyo, y en esa red aparecen cumpliendo ese rol tan importante sobre todo mujeres que se encuentran presentes en sus

vidas, entre ellas: madres, amigas, hermanas. Y ese acompañamiento les ha permitido aliviar la decisión, sentirse acompañadas, en muchos casos mimadas.

“Mi mamá se quedó a dormir, así que... Sí, sí, re bien. Mi mamá re estuvo conmigo. Cocinó, estuvo ahí en mi casa y todo”. (1, Anahí, 31)

“Sí, le conté a mi familia... Fue charlado y todos dijeron que le parecía la decisión correcta... así mismo era mi decisión”. (14, Nadia, 42)

“Sí, mi mamá sí, me sorprendió mucho porque mi mamá es una persona, no antigua, pero ella tiene sus años y tiene otro pensamiento, entonces yo tenía ese miedo, de querer decirle y que me diga, no sé, está mal o como pasó, no sé, y la verdad tuve otra contestación, me dijo que ya está, que me quede tranquila, me dijo que lo piense y que ella iba a estar y fue la que me acompañó en absolutamente todo, a todos los médicos, cuando vine a hacerme la interrupción, se quedó ahí. De parte de mi mamá fue lo único que necesitaba y lo tuve”. (19, Cintia, 21)

- La otra cara de la moneda: mi mamá va a la Iglesia...

También cabe señalar que aparecen relatos donde las madres o amigas no acompañan y se oponen a esas decisiones, incluso juzgando y criticando, y sobreponiendo sus historias de vida, su religión, y la imagen de la familia heteropatriarcal, bajo el argumento de “no repetir historias” o evitar “arrepentimientos”. Estas situaciones generan sin duda una sobrecarga en las mujeres que, además de lidiar con la complejidad propia de la toma de decisión de una IVE, deben sobreponerse también a los cuestionamientos de sus referentes afectivos.

“Mi mamá no. Mi mamá no porque ella va a la iglesia y no le gusta eso, viste. Como que le estoy fallando a Dios, me dice. Yo le digo, ya lo sé, ya lo sé, que no va a volver a pasar, porque yo también creo mucho en Dios. Pero ella me decía, tenelo y dámelo a mí, me dice... Hasta recién (post procedimiento de AMEU) que me mandaba mensajes, como que estaba muy triste, viste, que no quería que me arrepienta en el último momento”. (13, Clara, 22)

“Mi mamá no quería que yo repita las mismas cosas que ella hizo. Se embarazó joven, mi papá no se hizo cargo, entonces como que no quería que yo repita lo mismo. Al principio como que no, no le gustó, se enojó conmigo y bueno. Pero después cayó y se calmó”. (4, Carolina, 20)

“Y pasa que uno siempre está influenciado. No lo quisimos comentar porque por ejemplo sabíamos que mi mamá me iba a decir que no. Que por la Iglesia, que por esto, mis suegros que también a veces piensan en un hermanito para mi hijo...” (16, Agustina, 28)

En el caso de Sofía tanto la mamá como la hermana le insistían en continuar con el embarazo.

“Sí. Mi mamá no quería saber nada con que haga el IVE, pero bueno, la decisión era mía... Y porque ella me dijo, no sé, creo que desde que se enteró ese lunes hasta el otro lunes me decía, tenelo, tenelo, tenelo, nosotros te vamos a apoyar, no le va a faltar nada, que en la calle no te vas a quedar, me decía, y yo no era por eso, yo quiero terminar de estudiar, yo tengo 23 años, tengo toda una vida por delante, y la verdad que no me siento en condiciones de tener una criatura hoy en día”. (3, Sofía, 23)

“Sí, mi hermana fue la que me preguntó, ¿y no viste la ecografía? Cómo latía su corazón, me decía”. (3, Sofía, 23)

- Mi pareja me apoyó...

De las mujeres entrevistadas 10 no tenían pareja al momento de la IVE. En el resto (12), siempre aparece de algún modo la figura de las parejas en las entrevistas. Algunas entrevistadas valoran el acompañamiento de sus parejas en términos de respetar su decisión.

“Sí, en ese momento mi pareja, me dijo que sea la decisión que tome, que iba a estar, tanto si lo quería tener, se iba a hacer cargo, porque era su responsabilidad, y si no, me iba a ayudar en todo el proceso justamente para poder interrumpirlo, así que sí, lo cumplió”. (19, Cintia, 21)

“Me sentí apoyada por mi pareja, no le conté a nadie más, solo nosotros dos. Lo tomo como una decisión más personal, no contarle a nadie”. (16, Agustina, 28)

“...Solamente sabe mi pareja porque mi familia no avala mucho. Entonces preferí quedármelo yo privado. Para mí y para mi pareja”. (17, Andrea, 24)

- Es algo mío...

Otras interpretaron la decisión de abortar como propia contraponiéndose a lo que pensaban sus parejas o familias.

“Sí, mi pareja (él no tiene hijos), al igual que mi mamá, me dijo que lo quería tener... Pero es como que es más mío, entendés, como que yo lo voy a tener, yo lo voy a criar y todo eso”. (4, Carolina, 20)

“Sí, yo le conté a mi pareja... la primera interrupción del 2020 no le gustó nada porque estábamos juntos aparte, yo tenía a mi bebé que tenía nueve meses cuando yo me entero del embarazo y ahí es como que no le gustó, pero me apoyó, o sea, es como que yo vi la realidad, entendés, dije, mirá, se va a complicar en esto, en esto, en esto, tenemos un bebé que no tiene ni un año, pero bueno, no era el momento. Y bueno, con este tampoco”. (15, Florencia, 30)

Rosa y Marina manifestaron contárselo solo a pocas personas porque sin duda el aborto continúa siendo sancionado socialmente por romper entre otras cosas con el pacto social patriarcal. Algunas entrevistadas incluso prefirieron fingir que fue un aborto espontáneo.

“No le conté a nadie. Solo mi amiga, la que me compró las tabletas”. (8, Rosa, 32)

“Pero es muy difícil a veces hablarlo con los demás, yo prefiero mantenerlo en privado. Y bueno, solo hablarlo con mi amiga que es de confianza y bueno, con mi pareja que me apoyo en todo el proceso”. (12, Marina, 24)

- No le conté a nadie, le dije que fue espontáneo...

Entre las entrevistadas, hay una mujer que no tuvo ningún tipo de acompañamiento en el proceso del aborto. Es el caso de Ana, una mujer de un barrio muy humilde de la ciudad, con dos hijos y una pareja con problemas de consumo de sustancias, a quien decide no contarle que iba a realizar la interrupción. Finalmente, tuvo que consultar a una guardia hospitalaria por presentar fiebre y sangrado, pero prefirió decirle a su pareja que fue un aborto espontáneo. El caso de Ana, da cuenta dramáticamente de las complejidades del proceso de abortar en mujeres sometidas a múltiples vulneraciones. En este caso, a la situación de pobreza, se agrega la condición de ser madre a cargo de dos niños pequeños en el marco de una relación de pareja conflictiva con un hombre con problemas de consumo. Así, a la complejidad que supone afrontar esta decisión en absoluta soledad, se agrega la angustia de tener que ocultar las complicaciones devenidas del procedimiento.

“Sí, cuando tomé la segunda pastilla me empezó a subir fiebre, temblaba mucho y mi marido se dio cuenta, yo no le dije que lo había interrumpido, le dije que fue espontáneo”. (9, Ana, 28)

En otra entrevista, la de Natalia, la red de apoyo es escasa, ella prefirió solo contárselo a una amiga, de quien tampoco tuvo un acompañamiento. Y a su pareja también prefirió decirle que fue espontáneo.

“Sí, mi amiga no mucho, pero bueno, me apoyó en el sentido de que tomaba la decisión de lo que iba a hacer, pero no estaba de acuerdo”. (7, Natalia, 34)

“...Al muchacho este le dije que lo había perdido, que había empezado con perdidas, y me tuve que hacer el aspirado, y él quedó con eso, no me dijo más nada...” (7, Natalia, 34)

Proceso de toma de decisiones

*Al abortar una mujer
siempre está haciendo
un ejercicio de agencia.
(S. Rostagnol)*

“El proceso de construcción de abortar nunca es simple y difícilmente sea lineal, por el contrario, es un proceso sinuoso” (Rostagnol, 2013, p.325). A continuación se presentan los

motivos que influyeron en el proceso de toma de decisión de abortar de las mujeres entrevistadas.

- La irrupción de un embarazo no planificado

En un informe de Ipas que analiza por qué abortan las mujeres, se plantea con base en la evidencia mundial que hay una relación directa entre el aborto inducido y la existencia de los embarazos no planeados y no deseados, y que históricamente el aborto ha sido, es y será uno de los eventos obstétricos más comunes en la vida reproductiva de las mujeres (Ipas, 2021).

El primer momento de confrontación con el registro de embarazo resulta sin duda complejo para muchas de las mujeres. Esta complejidad está asociada en algunos casos al desconcierto derivado de toparse con un acontecimiento por completo inesperado, como en el caso de Florencia.

“No, no lo podía creer, o sea, yo estaba segurísima que no, que no, yo tengo mi calendario menstrual en el teléfono y yo digo no, no, o sea, me parecía raro, ya viste, me salían días de atrasos y digo no, no hay forma, no hay manera. Y bueno, me voy a comprar un evatest porque era raro y cuando me hago el evatest, sí, me dio positivo y automáticamente, automáticamente agarre el auto y me vine al centro de salud. Dije no!”. (15, Florencia, 30)

En otros casos, la complejidad de este momento va de la mano de mecanismos que oscilan entre la negación y la desmentida de una realidad que se percibe dolorosa o amenazante. En el relato de Clara, la negación a aceptar la realidad, provenía fundamentalmente de su pareja. En el caso de Eliana, de ella misma.

“...Y yo le decía a esta persona con la que estaba que me sentía rara, pero él se hacía el boludo y decía, no, ya está, te debe estar por venir, y él sabía que un montón de veces, cuando tuvimos relaciones, bueno, pasó eso. Un montón de veces fue. Y bueno, no nos cuidábamos de boludos tampoco. Y bueno, empecé a sentir ese dolor. Y él como que no le daba importancia, como que no quería. No quería gastar plata en un test de embarazo (...) Le digo, me tenés que creer porque es algo raro de mi cuerpo...” (13, Clara, 22)

“Era raro el sangrado también, era como rosadito, no sé, ya ahí dudaba. Igual yo venía con un par de cosas, mucho cansancio, mal, mal, mal. Se me agrandaron las tetas. Pero tardé como dos meses igual en hacerme el test. Sí, fingí demencia...” (20, Eliana, 30)

- La dimensión socioeconómica

En un contexto de crisis económica y social global, pero también con la particularidad de la situación política Argentina de avances de la derecha, las posibilidades de vivir en la pobreza son cada vez más reales, sobre todo en las mujeres de esta muestra, quienes como ya se mencionó, en su mayoría tenían trabajos informales y condiciones de vida de extrema vulnerabilidad: como no tener para comer, no tener un lugar donde vivir, trabajos inestables, etc. La posibilidad de alojar un/a hijo/a, o en algunos casos a más de una/o, se torna imposible.

“Salimos de hacer la eco, pero ya estaba decidido, en este momento no podemos... O sea, nos dolió la decisión porque no lo queríamos claramente hacer, pero también nos pusimos a pensar, estamos llegando muy justo con las cosas en este momento, yo justo en este momento estoy sin trabajo... él ahora está trabajando en una carpintería que el pago es semanal y con suerte que llegamos a comer...pero después lo que es el sobrevivir el día a día estamos muy ajustados... Hay días que por ejemplo, esta última semana nosotros no comemos a veces a la noche... Entonces decíamos, otro bebé en este momento, es imposible”. (16, Agustina, 28)

“...Yo no estaba contenta. Y bueno, como él vive ahí cerca de mi casa, fui hasta la casa de él... se hizo cargo... Y me dijo que él estaba de acuerdo que no lo íbamos a tener...ya con una hija es mucho, estoy aprendiendo a ser madre, no entiendo mucho, estoy aprendiendo de a poco y ya con dos hijos, encima el proceso del embarazo, de vuelta, pasar todo lo mismo, vómitos, de sentirme mal y encima tengo que cuidar a la bebé, peor... Y bueno, por ese lado quise hacer eso, porque no estoy bien económicamente tampoco”. (13, Clara, 22)

La percepción de inestabilidad y fragilidad generada por la falta de vivienda propia, hecho que obliga a “vivir de prestado” o alquilar en un contexto social y económico en el que la pérdida del empleo es una amenaza palpable, opera como uno de los factores que intervienen a la hora de la toma de decisiones en el proceso de abortar.

“No tener una casa, son muchos factores, no tengo casa propia todavía, y la posibilidad de perder el trabajo...” (11, Celina, 24)

“...Y fue así también la decisión, automáticamente. No quería hacerme ilusiones de nada, no estoy pasando un buen momento, estoy alquilando, el alquiler se me fue muy alto, y justo ahora tengo que ir a la inmobiliaria y hablar”. (1, Anahí, 31)

El caso de Alejandra pone de manifiesto la realidad Argentina, donde cada día se evidencia la pérdida del empleo registrado y estable.

“Ya no estaba en nuestros planes de tener más chicos, el más chiquito que tengo tiene tres años, y yo había empezado a trabajar, tengo el más grande que ya tiene 18 y ya era como volver a empezar, y el trabajo de mi marido ya no era tan fijo, él estaba en blanco, lo pasaron en negro, así que era siempre estar tirando la sogá que en cualquier momento la fábrica cierra, al tener tantos chicos iba a traer al mundo un chico más y no podés llegar a darle todo lo que le diste a los demás...” (5, Alejandra, 39)

El caso de Cintia es representativo del rol que socialmente sigue cumpliendo la mujer a la hora de pensar en conformar una familia. Ella plantea la obligatoriedad que tendría como madre de trabajar a tiempo completo para su hija/o, y no poder tener un trabajo remunerado. Se espera que sean las mujeres, y en especial las madres, quienes se ocupen del cuidado cotidiano de niños, niñas, personas mayores, enfermos/as (Faur & Jelin, 2013). Así lo expresaba Cintia.

“... no tengo un trabajo estable, bien pago como para mantener a una criatura. Yo trabajo por ahí ocho o doce horas sin descanso, tengo franco un día y por ahí me lo sacan porque es mucha la demanda, entonces fue más que nada pensar en la otra persona que iba a traer... no hubiera estado bueno porque un bebé tiene que estar

siempre con la mamá, la mayor parte del tiempo, y yo sabía que no lo iba a poder hacer. Así que siempre dije, prefiero eso, a traer a alguien que va a estar mal y más sabiendo como está hoy en día el país y todas las cosas”. (19, Cintia, 21)

- Afectación a la salud

En algunas entrevistas el embarazo aparece en el contexto de un problema de salud, y las mujeres concluyen que prefieren “resolver” aquella condición que viene afectando su salud antes de tener un/a hijo/a.

“Porque yo estaba muy segura de lo que quería. Además, porque también es por el tema que yo quiero terminar primero con el problema que tengo en el útero, el hpv, y después mejor más adelante sí. Pero en este momento no porque primero quiero terminar con eso... Entonces quiero curarme primero de eso para después arrancar con algo nuevo. No es ahora, sino más adelante”. (6, Maia, 36)

- El retorno de lo traumático

Otra situación es la de Nadia, quien tiene 2 hijos grandes con otra pareja, y que en el año 2021 tuvo un embarazo buscado que finalizó con el fallecimiento del bebé al nacer. Dicha situación le generó mucha angustia y miedo y parece haber dejado una huella traumática que se actualiza ante la irrupción de un nuevo embarazo:

“Sí, me costó tomar la decisión... Me costó, lo pensé, hablé con mi marido, no sabíamos qué hacer, pero bueno... Yo estoy separada con el papá de mis hijos, este es mi segundo matrimonio, pero hace 14 años que estamos juntos... Y fue con él que nos pasó lo del bebé y qué sé yo, entonces por miedo a volver a pasar lo mismo, y como estoy grande. Capaz que no hubiese pasado nada, pero bueno, el miedo estaba. Y pensamos, y los chicos ya están re grandes y bueno... Ese dolor no lo quiero volver a pasar nunca más en mi vida,... aparte por la edad también. Yo ya tenía 39 cuando me quedé embarazada y ahora 42, digo... los riesgos están...ya tengo 2 hijos... no, ya está”. (14, Nadia, 42)

- Organización y proyectos de vida

Algunas entrevistadas pueden relatar claramente que el embarazo aparece como disruptivo en una organización de vida relativamente armada, y la maternidad se interpone a esos proyectos de vida.

“El mismo día dije no... yo ya estoy muy organizada con mis hijos, era como que me tomó así... o sea, va a sonar mal lo que voy a decir: pero venía como a desarmar todo... Entonces era como, no podía, no podía dejar de trabajar, dejar de hacer nada, así que no, automáticamente me vine para acá (CS) y ya era una decisión apenas me enteré”. (15, Florencia, 30)

“Estoy saliendo, no en pareja, con un chico hace un año. Pero bueno, él vive más lejos ... Yo vivo acá... Sentí que se me venía el mundo abajo. Todo lo que tenía planeado se me achuró todo. Pero no, apenas me enteré dije no, yo no quiero esto”. (3, Sofía, 23)

“Y porque, no sé, no podía traerlo. Era muy complicado porque yo tengo un nene e iba a ser más complicado... Porque iba a estudiar o me iba a mudar y como que era todo junto y se me complicaba mucho... Me gustaría estudiar diseño de indumentaria el año que viene ya”. (4, Carolina, 20)

En dos entrevistadas, aparecen expresados deseos y proyectos de vida propios, que conectan claramente con la realización profesional y personal de estas mujeres:

“...o sea, el hecho de ser madre no me lo esperaba... Justo estoy en una temporada donde me está yendo muy bien y tuve que tomar esta decisión... Yo quiero ser jugadora profesional, quiero llegar a la AFA. Ahora estoy en rosarina, no nos pagan, pero jugué un tiempo en AFA... Ahora me está yendo bastante bien, entonces, como yo siempre fui jugadora... juego desde los 5 años y no sé si estaba preparada otra vez mentalmente para hacer una pausa de esas... Como que era eso o lo otro, no podía hacer las dos cosas. Y sé que también el hecho de ser madre no es fácil porque ya lo pasé. Entonces creo que tomé más la decisión por mí que por otra cosa”. (17, Andrea, 24)

“...soy mucho de viajar también, estuve mucho en pareja, me separé y es como que, no te digo que perdí un poco de mi vida, es como que recién ahora estoy, digamos, vivo hace un montón sola, pero es como que estoy viajando, tengo unos parientes en Córdoba, en Carlos Paz, tengo mi tía que se fue a vivir a Pinamar, y me gusta encontrar mis momentos y despejarme, y esas cosas las hago yo, y capaz que no hubiera tenido la posibilidad si decidía tenerlo... Es mi análisis, pero bueno”. (1, Anahí, 31)

Laura es una estudiante universitaria y plantea el deseo claro de maternidad, pero no a cualquier costo, puede identificar condiciones básicas que le gustaría tener para afrontar ese rol.

“Porque primero que deseo ser mamá, amo, tengo muchísimas ganas de serlo. Desde los 20 más o menos, pero bueno también soy consciente de que hay un montón de otros factores. Para traer a un hijo del mundo que me gustaría estar más preparada. Desde mí, o sea internamente considero que sí podría ser mamá, que estoy preparada para eso. Pero bueno, está que me quiero recibir, está lo económico, está una pareja, un ambiente que le pueda ser estable. Así que bueno, nada, por eso creo que todavía no era el momento, si bien lo deseo no era el momento”. (22, Laura, 26)

Para quienes ya tienen hijas/os, hay una experiencia acumulada, y saben bien lo que implica el rol de cuidado. El aumento en la participación laboral de las mujeres no produce automáticamente una redistribución del trabajo de cuidado, que implicaría una disminución de la desigualdad de género. Antes bien, produce una sobrecarga de trabajo cotidiano de las mujeres que deben combinar el trabajo remunerado con el trabajo doméstico de cuidado sin remuneración (Faur & Jelin, 2013). Parte de esa acumulación de vida les ha permitido tomar la decisión por entender que no tienen más disponibilidad para criar otra/o hija/o.

“Y no, porque los nenes también son muy chiquitos, el trabajo, estoy sola. No tengo pareja. Entonces no, no”. (21, Inés, 28)

“...No era el momento porque estoy criando sola a mi hijo. Yo dejo de trabajar y ¿quién me lo cría a mi hijo? Entonces, bueno, igual el

padre de este bebé que iba a ser... Él trabaja y es bueno y nada que ver, me ayuda una banda, me ayuda con mi hijo, todo. Pero yo sentía que no era el momento porque todavía no estoy preparada como para otro hijo". (18, Belén, 24)

Entre los sectores más pobres, las mujeres viven el cuidado como una responsabilidad femenina y en algunos casos con el apoyo de redes de mujeres de la familia, sin imaginar que podrían recurrir al Estado, demandando derechos propios y de sus hijos/as, por ejemplo, para ingresar a un jardín maternal gratuito. (Faur; Jelin, 2013)

- Vínculos violentos

La solicitud de una IVE/ILE a causa de violencia de género es lamentablemente frecuente, no tanto en su extremo como es el abuso sexual, pero sí por estar las mujeres en vínculos violentos.

El caso de Ana refleja la violencia simbólica que sufrió por parte de su pareja, argumentado por el consumo de alcohol y drogas. Ella refiere que venía utilizando las pastillas anticonceptivas porque no quería saber nada con tener otra/o hija/o, sin embargo, ante el conocimiento del embarazo tuvo dudas sobre su decisión, primero pensó en continuar con el embarazo, y luego decidió interrumpir por la situación de violencia que estaba viviendo, incluso ocultando esa decisión y manifestando que fue espontáneo.

"Yo lo quería tener pero estábamos peleados y peleábamos mucho con él..., porque él toma alcohol y a veces se droga... yo venía tomando las pastillas, me venía cuidando, porque no quería saber más nada". (9, Ana, 28)

Otro caso es el de Natalia, que si bien no manifiesta un vínculo violento explícito, durante la entrevista deja entrelíneas que su pareja "hacía cosas que no le gustaban" y que se imaginaba sola con 3 hijos. Ella incluso comenta que luego de la interrupción, su pareja murió. No describe demasiado el motivo del fallecimiento, pero en el contexto de extrema violencia en los barrios de Rosario, podría estar relacionado con alguna banda delictiva.

"...Yo creo que no era una pareja estable... no estaba bien la pareja, hacía cosas que no me gustaban y, digamos, tener un hijo no es un

juego. Sentí que no iba a poder estar sola más mis 3 hijos”. (7, Natalia, 34)

Resulta interesante también el caso de Laura, estudiante universitaria avanzada, quien se encontraba en una relación violenta y manipuladora, y es la situación del aborto la que posibilita cortar con ese vínculo:

“Estaba con él, estaba con él y nada, se puso como loco, o sea no quería que interrumpiera el embarazo. Pero bueno, nada, después se fue, le pedí que se vaya, que me deje sola, que íbamos a pensar. Y cuando lo llamé para decirle que lo iba a hacer y que lo iba a dejar, me dijo bueno, listo, es tu decisión. Y ahí también fue como, yo creo que fue lo que me ayudó a poder desprenderme, porque si no él no me hubiese dejado tranquila. Ya muchas veces intenté dejarlo y no pude”.
(22, Laura, 26)

Podemos decir entonces, que si bien es difícil definir los perfiles de las mujeres que abortan, hay ciertas coincidencias entre las mujeres entrevistadas y las investigaciones que se mencionaron. Tomando el concepto de interseccionalidad analizado por Faur (2023), cuestiones de la identidad como el género, la etnia, la raza, la ubicación geográfica, la edad, la escolaridad, el trabajo, no afectan a una persona de forma separada, sino que al contrario, estos se combinan de distintas formas, generando desigualdades (o ventajas) diversas. En las mujeres entrevistadas quedó de manifiesto cómo determinadas condiciones desfavorables se conjugan y concluyen aumentando el grado de desigualdad. Las mujeres abortan por problemas socioeconómicos, por tener otros proyectos de vida, por tener miedo a perder el trabajo, por ser víctimas de violencia de género, por tener problemas de salud, por no querer ser madres, etc. La edad ronda entre los 20 y los 30 años, la mayoría tiene estudios secundarios (completos o incompletos), quienes trabajan en general lo hacen de manera informal. Poder finalizar los estudios o sostener un trabajo, muchas veces suele interrumpirse con la maternidad, manteniendo los roles de género dentro del umbral de tolerancia del patriarcado. Es también a destacar, que la mayoría de las mujeres que abortan tienen hijas/os. En relación a la edad gestacional, las mujeres entrevistadas realizaron la IVE dentro de las 14 semanas, en consonancia con los datos aportados por el Proyecto Mirar. En algunos casos la historia de embarazos y abortos previos pudo ser determinante o fuente de información en

muchas de las entrevistadas. Las mujeres que contaron con redes de apoyo pudieron transitar el aborto de manera más aliviada.

CAPÍTULO 5 - La accesibilidad como vínculo entre las mujeres y los servicios

Una dimensión central de análisis de los procesos de cuidado de la salud de las poblaciones, tiene que ver con los modos de vinculación y acceso que se establecen en la interfase población / red de servicios. Como se mencionó anteriormente, el concepto de accesibilidad, es eminentemente relacional, siendo la perspectiva de las mujeres, un punto de partida privilegiado para abordarlo. Tal como señala Smith (2005, p. 25): “El cuerpo no es algo para ser percibido o incluso teorizado, es el lugar de la conciencia, de la mente, del pensamiento, de la subjetividad”.

En el cuadro 2 se presentan una serie de atributos vinculados a la cuestión de la accesibilidad a la red de salud (condición de adscripción, acceso a información sobre la ley y sobre los circuitos de atención, tiempos de espera para acceder a la atención, entre otros).

Cuadro 2: Características de las entrevistadas en relación con el proceso de atención y el acceso al sistema de salud.

Nº y Nombre de Entrevista	¿Adscripción / referencia al CS?	¿Consultó al CS de referencia?	¿Tenía información sobre la Ley de IVE?	¿Tenía información sobre dónde consultar?	Distrito de la ciudad dónde realizó la IVE	Lugar de consulta	Modo de acceso	Modalidad de atención	Tiempo de espera	Pagos
1 ANAHÍ	SI	NO	SI	NO	SUR	CH	AMIGA	EQUIPO	MENOS DE 1 SEM	SI, ecografía
2 JULIA	SI	NO	SI	NO	SUR	CH	AMIGA	EQUIPO	S/D	NO
3 SOFIA	NO	-	NO	NO	SUR	CH	FAMILIAR	EQUIPO	S/D	NO
4 CAROLINA	SI	NO	SI	NO	SUR	CH	FUE DIRECTO	MÉDICA	S/D	NO
5 ALEJANDRA	SI	SI	SI	SI	SUDOESTE	CS	FUE DIRECTO	MÉDICA	1 SEMANA	NO
6 MAIA	SI	SI	NO	SI	OESTE	CS	FUE DIRECTO	MÉDICA	MENOS DE 1 SEM	NO
7 NATALIA	SI	SI	SI	SI	OESTE	CS	FUE DIRECTO	MÉDICA	S/D	NO
8 ROSA	SI	NO	NO	NO	OESTE	CS	AMIGA	MÉDICA	1 SEMANA	NO
9 ANA	SI	SI	NO	SI	OESTE	CS	FUE DIRECTO	MÉDICA	S/D	NO
10 EMILIA	SI	SI	SI	SI	OESTE	CS	FUE DIRECTO	MÉDICA	S/D	NO
11 CELINA	SI	SI	SI	SI	OESTE	CS	FUE DIRECTO	MÉDICA	3 SEMANAS	NO
12 MARINA	SI	SI	SI	SI	OESTE	CS	FUE DIRECTO	EQUIPO	2 SEMANAS	NO
13 CLARA	SI	SI	SI	NO	OESTE	CS	VECINA	MÉDICA	1 SEMANA	SI, ecografía

Nº y Nombre de Entrevista	¿Adscripción / referencia al CS?	¿Consultó al CS de referencia?	¿Tenía información sobre la Ley de IVE?	¿Tenía información sobre dónde consultar?	Distrito de la ciudad dónde realizó la IVE	Lugar de consulta	Modo de acceso	Modalidad de atención	Tiempo de espera	Pagos
14 NADIA	SI	SI	SI	SI	NORTE	CS	FUE DIRECTO	MÉDICA	1 SEMANA	SI, ecografía
15 FLORENCIA	SI	SI	NO	SI	NORTE	CS	FUE DIRECTO	MÉDICA	1 SEMANA	NO
16 AGUSTINA	SI	NO	SI	SI	NORTE	CH	POR CONOCIDA	EQUIPO	MENOS DE 1 SEM	NO
17 ANDREA	SI	SI	SI	SI	NORTE	CS	FUE DIRECTO	EQUIPO	2 SEMANAS	NO
18 BELÉN	SI	SI	SI	NO	NOROESTE	CS	POR AMIGA	MÉDICA	1 SEMANA	SI, ecografía y traslados
19 CINTIA	SI	NO	SI	NO	NOROESTE	CS	POR CONOCIDO	MÉDICA	MENOS DE 1 SEM	NO
20 ELIANA	NO	-	SI	NO	CENTRO (oriunda de otra ciudad)	CH	POR AMIGA	MÉDICA	MENOS DE 1 SEM	NO
21 INÉS	SI	NO	SI	NO	CENTRO (oriunda de otra ciudad)	CH	POR AMIGA	MÉDICA	1 SEMANA	SI, ecografía
22 LAURA	NO	-	SI	NO	CENTRO (oriunda de otra ciudad)	CH	POR AMIGA	MÉDICA	1 SEMANA	NO

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas realizadas

Factores vinculados a los itinerarios recorridos para acceder a la interrupción del embarazo: el desafío de la longitudinalidad de atención

En relación al proceso de admisión de las IVE/ILE en la red de salud pública municipal de Rosario la normativa es que las mujeres deben consultar al CS más cercano a su domicilio³⁷. Tener un centro de salud de referencia y un/a médico/a de cabecera debería ser un facilitador en la accesibilidad al sistema de salud. Rovere plantea “la puerta de entrada al sistema de salud a través del centro de salud, es una puerta privilegiada”, y al mismo tiempo dice que habría que reformular la pregunta, ¿es realmente privilegiada?, ¿hay mayor acceso a la atención especializada en el hospital, como consecuencia de haber entrado por el centro de salud o no la hay? Una cosa es decirlo y otra es verlo (Rovere, 1998). Considerando este

³⁷ En la página web de la SSP sobre dónde solicitar un aborto en la ciudad, hace hincapié en los CS y brinda también información sobre las CH. Por otro lado, en esta página se difunde un número de teléfono local y el teléfono 0800 de salud sexual y reproductiva nacional. <https://www.rosario.gob.ar/inicio/interrupcion-voluntaria-o-legal-del-embarazo>

interrogante, en los siguientes testimonios se analizan diversos factores que operan condicionando modos diferenciales de acceso a la interrupción de los embarazos.

- Obra Social: ¿ventaja o desventaja?

Del total de mujeres entrevistadas, la mayoría estaban adscriptas a un CS (19), es decir que tenía un equipo de referencia asignado. Solo 3 no tenían referencia a ningún CS.

De las 3 entrevistadas (Sofía, Eliana y Laura) que no tenían CS, en el caso de Sofía fue por haber tenido obra social durante la adolescencia y luego al perderla con la mayoría de edad, se alejó del sistema de salud, por lo cual terminó consultando directamente en la consejería de un hospital a través de la recomendación de una amiga. Más allá de ese acompañamiento y de los contactos que la asesoraron para acceder a la consejería ante el desconocimiento y desinformación, prima el miedo y la incertidumbre.

“...Me atendía por la obra social y cuando dejé de tener obra social, por la edad, no me atendí nunca más en ningún centro de salud... Tengo a mi tía que trabaja acá (hospital), que es enfermera y me dijo que tenían que hacerme una entrevista primero, que vaya, que saque turno en consejería. Así que hice todo lo que me dijo que haga, asustada, paniqueada el día que vine y bueno, después las chicas me atendieron bárbaras”. (3, Sofía, 23)

- Lejos, Rosario siempre estuvo lejos

La condición de provenir de localidades del interior, puede operar en ocasiones, dificultando el acceso a la interrupción del embarazo en la red pública, dificultad mediada por la desinformación. Eliana y Laura no tenían CS de referencia, son estudiantes universitarias oriundas de otras ciudades que vinieron a estudiar a Rosario, y no lograron referencia al CS destinado para estudiantes de la UNR, que tiene la particularidad (entre otras) de cerrar en el receso de verano e invierno. En estos casos, juegan un papel relevante los referentes afectivos a través del acompañamiento de las mujeres que deciden abortar.

“...Acá en Rosario no había hecho nada, siempre me atendí en mi ciudad...” (20, Eliana, 30)

“...Tengo una conocida que es médica, entonces si me sentía mal me decía anda a comprarte esto y nunca me hice atender en ningún

lado... Esta vez, fui al CS de la UNR, pero estuvo cerrado un par de días, no sé si habrá sido por los paros o qué...” (22, Laura, 26)

En ambos casos, tuvieron que buscar mecanismos alternativos para consultar. Fueron sus vínculos en la ciudad, en este caso sus amigas quienes las ayudaron a encontrar un lugar donde poder acceder. En el caso de Laura, ella logró acceder al sistema de salud a través de una CH, por el contacto que hizo una amiga con una persona que se comunicó con el equipo del hospital.

“...Una amiga llevó un contacto de una chica que trabajaba en una radio, una señora. Y nada, ella me recomendó ir a una consejería. Si no, no hubiese sabido a dónde ir, es como que estuve un par de días ahí medio a las pérdidas, así que gracias a ella llegué ahí”. (22, Laura, 26)

La otra estudiante, Eliana, logró acceder a la consejería de otro hospital gracias a una amiga que la asesoró.

“...Empecé a googlear con otra amiga, yo estaba con dos amigas, una buscaba por un lado, otra por el otro... Una consiguió una amiga que bueno, como trabaja ahí, como que me dió el turno al toque...” (20, Eliana, 30)

Otro caso, el de Inés, es relevante porque los CS, más conocidos en las ciudades aledañas a Rosario como *Samcos* (Sistema para la atención médica de la comunidad), no cuentan con equipos de referencia, y en materia de aborto tampoco cuentan con dispositivos conformados de atención de IVE/ILE. En su caso tuvo que trasladarse a Rosario por sus medios en busca de atención.

“Allá en el Samco no tenes un médico de cabecera, todos los días hay un médico distinto”. (21, Inés, 28)

“Pregunté en el Samco.... te dan 20 vueltas ahí, no te dan pelota...no me dieron información...me dijeron que tenía que venir a Rosario, que era el lugar más seguro, sino ellos derivan a Baigorria o San Lorenzo... o sea, arréglate, aparte te tenés que pagar todos los estudios allá... Y yo como tenía una amiga que vive acá cerquita, vine

a preguntar...Y me dijeron que tenía que venir el miércoles, sí, con el doctor X. Y vine, y me atendió él y después me mandó a hacer una ecografía y me derivó a la consejería del hospital, en total consulté en 3 lugares...” (21, Inés, 28)

- La importancia del vínculo como condición de alojamiento

De las 19 entrevistadas que referían tener un CS de referencia, la mayoría (12) consultaron a su CS para solicitar la interrupción del embarazo. En varias entrevistas se identifica ese vínculo con el sistema de salud (expresado en los CS), y las mujeres pueden referir que a veces consultan solicitando un turno programado, pero que también pueden consultar sin turno lo cual facilitaría el acceso. En estos 12 casos, en función de los testimonios de varias entrevistadas, puede presuponerse que el hecho de tener un vínculo más estrecho con un equipo de referencia, y a la vez un mayor conocimiento de los circuitos de atención, hayan sido favorecedores del acceso oportuno a la atención. Los casos de Florencia, Nadia y Marina dan cuenta de esta situación.

“Venir al CS fue lo primero que pensé...” (15, Florencia, 30)

“Vine al CS, hablé con otra Dra, porque mi Dra. estaba de vacaciones...Yo tengo la confianza suficiente con las médicas para plantearlo”. (14, Nadia, 42)

“...Me acerqué al CS donde me atendieron rápido, por suerte, el mismo día que yo fui me mandaron a hacer el estudio de embarazo de sangre, me mandaron a hacer creo que la ecografía a la semana...” (12, Marina, 24)

- Tener o no tener turno

Según se desprende de varios testimonios, este vínculo estable con el equipo de un CS permite a las mujeres consultar aún sin tener un turno programado, lo cual facilitaría el acceso.

“Sí. Me atiende siempre acá en el centro de salud. Con la Dra X, es mi médica de cabecera. De siempre...Vengo con turno, pero a veces también puedo venir sin turno”. (14, Nadia, 42)

“... tengo mi medica de cabecera ahí.... si tengo algún problema me acerco allí, a veces sin turno”. (17, Andrea, 24)

“Tengo mi médica de cabecera, cuando tengo un problema voy directamente y hablo con ella. Siempre, particularmente con sobretornos...” (6, Maia, 36)

- El exceso de demanda en el primer nivel como barrera de acceso

No obstante lo desarrollado en el punto anterior, el acceso a turnos de atención, no siempre está asegurado. Resulta interesante el caso de Agustina, ya que da cuenta de una clara referencia al CS, pero aún así refiere que el doctor X, que es su médico y la atiende muy bien, no siempre dispone de turnos de atención, pudiendo constituir una barrera de acceso debido a la alta demanda.

“Sí, el doctor X es mi médico de cabecera. Y tenés que sacar turno con mucho tiempo de anticipación, porque siempre tiene mucha gente... Pero después sí, te atienden re bien”. (16, Agustina, 28)

Sin lugar a dudas, la falta de turnos en los CS constituye un serio problema para la atención del aborto; ya que se trata de situaciones en las que no hay posibilidad de esperar un turno. Ante la sospecha de un embarazo no planeado y la posible decisión de solicitar una interrupción, los mecanismos de acceso deben ser rápidos. En el caso de Cintia, tuvo que recurrir a un conocido que le permitió acceder a otro CS.

“Pasa que mi CS es como que muchos turnos no tiene, como que está medio dejado, pobre, entonces...En el CS está el médico que atiende a mi mamá, que atiende a mi hermano, atiende a todos, a mí y a mi hermana... pero ahora hace mil años que no iba... Ahora fui al CS, pero la ginecóloga no estaba, solo atendía urgencias, y no me dio mucho bola, que digamos, y entonces fue mucho más rápido ir a otro CS...” (19, Cintia, 21)

- Coordinación asistencial como garantía de continuidad de atención

Es pertinente también presentar el caso de Alejandra, quien se enteró del diagnóstico de embarazo en otro efector de la red, en el marco de un proceso de atención por otro problema de salud. Desde ese efector, luego de un primer abordaje en el que se realizaron

estudios necesarios, fue referenciada a su CS donde se atiende habitualmente, asegurándose así la continuidad de atención.

“Yo sabía que podía ir al centro de salud con mi médico, pero como ya estaba acá en el hospital, pregunté en maternidad, me atendió el jefe de maternidad. Él me habló y me asesoró también y me dijo que fuera al dispensario, pero ya me había adelantado un paso, ya me había dado el análisis para saber que estaba embarazada y una ecografía. Entonces cuando yo fui al centro de salud, yo ya tenía eso y después me sacaron el turno para la AMEU”. (5, Alejandra, 39)

- Cuando la objeción de conciencia no es una barrera

En una de las entrevistas, la mujer refiere estar conforme con el acompañamiento en su CS de referencia, sin embargo en función del relato de entrevistada, se puede presuponer que su médica de cabecera haya sido objetora de conciencia. Y en este punto es interesante problematizar, si ese privilegio, debe ser mencionado por la profesional, o simplemente con la derivación, como sucedió en el caso, es suficiente para cumplir con el marco de la ley.

“Me derivó a otra médica que es la que acompaña estos procesos... Mi doctora me dijo yo te acompañé hasta acá y después la que te va a acompañar es otra médica. Pero después volvés de vuelta conmigo. No me dijo porque.. Supongo que el centro de salud tiene un médico específico para estas cosas”. (6, Maia, 36)

- Cuando la objeción de conciencia sí es una barrera

Más allá del vínculo y de reconocer un buen trato, ante la pregunta dónde consultó para la IVE, Agustina refiere que ante la situación del embarazo no planeado decidió ir directamente a la consejería del hospital, ya que en su primer embarazo, el cual finalmente decidió continuar, su médico de cabecera le había dicho que era “provida”. Esa expresión violó el trato digno, al imponer sus convicciones morales, y se transformó en una barrera de acceso al CS en esta oportunidad.

“El médico en el embarazo anterior me dijo mirá negra, como te conozco de toda la vida, dice, es lindo, es una bendición, como que no te deja exponer tu idea... Así que ahora no acudí directamente con

él...le dije a mi pareja, si vengo al centro de salud lo más probable es que mi médico mucha bolilla no me dé, le digo, entonces fuimos directamente ahí a la consejería...” (16, Agustina, 28)

- Cuando la adscripción no alcanza... visiones acerca de la atención en el hospital

Un análisis particular cabe realizar para aquellos casos de mujeres que, aún estando adscriptas a un CS, no consultaron al mismo. En efecto, hubo 7 entrevistadas que tenían un CS de referencia (entrevistas N° 1, 2, 4, 8, 16, 19, 21) pero por diferentes motivos, buscaron vías alternativas de atención como son muchas veces las consejerías hospitalarias. Como se mencionó anteriormente, las mismas funcionan en ámbitos hospitalarios, y según se desprende de algunos relatos, pareciera que el anclaje institucional al espacio hospitalario es asociado con un acceso más “directo” o efectivo (*“con seguridad allí se hacen los abortos”*). Durante muchos años, e incluso al día de hoy, se escucha en las marchas el canto de *“aborto legal en el hospital”*. Cabe preguntarse si esta metáfora utilizada como lema para visibilizar la necesidad de abortos seguros, no genera, junto con otros determinantes, un prejuicio acerca de que los abortos se realizan solamente en los ámbitos hospitalarios.

Está el caso de Anahí que consideró que la atención iba a ser más rápida en el hospital y por recomendación prefirió ir a una CH.

“...Y mirá, me acerqué directamente a la consejería del hospital. No, no fui al CS, capaz que a lo mejor era lo mismo ir ahí, que me quedaba más cerca, pero dije voy a ser más directo y bueno, re bien en el hospital... Llegué en realidad porque tengo un conocido que trabaja ahí... Le comenté la situación y me habló de la consejería. Me dice la verdad que te super recomiendo, las chicas te dan buena atención...” (1, Anahí, 31)

Otro es el caso de Julia, que su referencia al CS, es en una ciudad cercana a Rosario donde vivía cuando era chica y habitualmente viaja para atenderse allí, y ante esta situación prefirió también ir a una CH.

“Tengo una amiga que, bueno, más o menos se sabe todo eso, y me dijo vamos a preguntar en el Hospital, que ahí tienen que hacer seguro, y nos vinimos hasta acá”. (2, Julia, 23)

En el caso de Carolina, que si bien conoce un CS cerca de su casa, durante la entrevista impresiona que no existe un vínculo de referencia establecido, ya que mucho tiempo tuvo obra social, y se atiende muy poco en el CS.

“No fui al CS, me fui primero al Hospital y ahí me dijeron que tenía que ir al dispensario más cercano a mi casa, entonces recién ahí me acerque al CS que tengo cerca de casa, que no suelo ir mucho...” (4, Carolina, 20)

La dimensión simbólica de la accesibilidad

- ¿Conocer la ley, asegura el derecho?

En el estudio MACA, donde se encuestó a 225 mujeres entre julio del 2023 y abril del 2024, la gran mayoría sabía que el aborto era legal (83%) o legal en algunos casos (14%), pero solo el 44% de la muestra sabía dónde encontrar servicios de aborto cuando decidió realizarlo (Romero et. al, 2024). Estos resultados muestran el alcance de la información sobre la ley, pero una falta de conocimiento sobre los efectores concretos a los que se puede acceder para realizar un aborto, un paso fundamental para garantizar el mismo.

Un análisis realizado por el Proyecto Mirar (Romero, 2024), a partir de las bases del informe ImplementAR, afirma un aumento exponencial del número de efectores del subsector público que dan acceso a IVE/ILE. En 2020 se reportaron 907 efectores, en el año 2021: 1327, en 2022 se registraron 1793 efectores y en 2024 fueron 1982. Cabe destacar que también el informe, afirma que este es un indicador sintético que permite comparaciones entre jurisdicciones, pero no refleja la capacidad de resolución de los servicios, la cobertura territorial, la complejidad de los efectores, su capacidad de respuesta a la demanda, e incluso no refleja el conocimiento de dicha oferta por parte de la población.

En este trabajo, de las 22 entrevistadas, la mayoría (17) tenían conocimiento de la existencia de la Ley de IVE, sin embargo eso no significa que sabían adonde consultar.

“Si la ley me ayudó a acercarme, claro, sí, antes era más complicado, las chicas iban a los lugares ilegales, corría riesgo de la salud. Igual sin la ley hubiésemos consultado, sobre todo por la situación de crisis económica que estamos viviendo”. (16, Agustina, 28)

“Sí, sabía que existía la ley, pero no sabía adonde consultar”.(13, Clara, 22)

“O sea, sabía que lo podía hacer y sí, a la vez tenía miedo porque yo no sabía si ir a decirle a la doctora de lo que tenía que hacer o algo viste...”. (10, Emilia, 27)

“Sí, había escuchado que había salido la ley”. (7, Natalia, 34)

“Sí, sí, sabía de la ley, Algo así, viste, por la tele y esas cosas pero no sabía dónde consultar”. (21, Inés, 28)

“Sí, sabía de la ley... Sí, yo cuando todavía no había salido de la ley, iba a todas las marchas para que se apruebe, o sea, sí sabía de la ley...” (12, Marina, 24)

Hubo 5 entrevistadas (N° 3, 6, 8 ,9 ,15) que desconocían la existencia de la Ley de IVE. Lo cual da cuenta que la ley por sí sola no alcanza, si la misma no se difunde, es difícil que la misma sea apropiada por las personas. Nadie reclama un derecho que no conoce.

“... la ley la fui viendo cuando empecé a tomar la decisión”. (6, Maia, 36)

“No. No, no sabía de la ley... Sabía cómo era...porque algunas ya me habían dicho... una amiga también había tomado la pastilla, pero dijo que la compró. No hizo nada con la doctora”. (9, Ana, 28)

“Sí, escuché que estaban saliendo... para que el aborto sea legal pero no sabía que era legal...Sí hubiese sabido de la ley.... Hubiese sido un poco más fácil... no hubiera gastado”. (8, Rosa, 32)

Recuperando una perspectiva interseccional, el caso de Rosa, mujer de escasos recursos económicos, migrante de Bolivia, es clave para entender cómo la sanción de la ley no garantiza en sí su conocimiento. Si bien ella tenía una relativa referencia a un CS de la ciudad, en primera instancia intentó abortar sola comprando las pastillas en una farmacia por \$50.000, tal como había hecho viviendo en Bolivia, sobre todo por miedo a ir presa. Luego como no resultó, pagó otra consulta particular por \$12.000 en un efector privado del barrio, donde finalmente le aconsejaron acercarse al CS.

“No sabía qué hacer y lo primero que pensé fue eso: abortar. Lo hice yo por mi voluntad con las tabletas porque tenía miedo de ir presa o algo. Porque allá en Bolivia está prohibido hacer esas cosas... Y le avisé a una amiga y me consiguió esas tabletas pero no me hizo nada... Pensé que iba a abortar y no, nada...Y esperé tres días y fui a uno privado que si me podía ayudar. Y me dijo, no, anda al dispensario... Saqué turno en el dispensario mediante una amiga, le dije que me sentía mal, si me podía ayudar a sacar un turno con la doctora. Y ella le habló a la doctora X, le preguntó si me podía atender, que me sentía mal. Y ahí le comenté a la doctora y ahí me dijo que sí... Me atendió en el día, me dio el turno para la ecografía, el análisis y todo eso. Y luego me llamó para avisarme del turno del AMEU”. (8, Rosa, 32)

“Tengo el CS cerca, pero no tengo médico de cabecera, pero ahora a partir de esto le dije a la doctora X si me podía atender y me dijo que sí”. (8, Rosa, 32)

En algunas entrevistadas a pesar del desconocimiento de la ley, decidieron consultar con sus médicas de cabecera, probablemente por la confianza y el vínculo establecido.

“...Yo hablé directamente con mi médica porque le consulté por el problema que yo tenía del HPV (virus del papiloma humano) y le dije que en este momento no quería. Y entonces ella me derivó a la otra médica para que le consulte...” (6, Maia, 36)

“...Preferí venir con la doctora...” (9, Ana, 28)

El otro caso, es el de Florencia que llamativamente creía que la ley siempre había estado en Santa Fe, y sabía que podía consultar por una IVE en el CS. Esto probablemente tenga que ver con la historia de las políticas de acceso a los ANP desde el año 2012 en la provincia de Santa Fe.

“...bueno si era bajo mi consentimiento, todo eso, pero como que en Santa Fe sí estaba, ¿no?... No, no estaba al tanto de la ley” (15, Florencia, 30)

- Desconocimiento de los efectores dónde consultar: la solidaridad entre pares como estrategia para superar barreras de acceso

En relación al conocimiento sobre dónde consultar, la mitad de las entrevistadas refirieron tener información acerca de dónde solicitar la IVE; mientras que la otra mitad lo desconocía. Para aquellas que no sabían dónde consultar refieren que resultó desesperante. En varias entrevistas el boca en boca impresiona ser lo que prima, a través del consejo de una vecina o de una amiga. En este sentido, la historia de Clara representa la cotidianidad del CS, en donde dos mujeres se encuentran esperando en la sala de espera para ser atendidas, y producto de esa charla, una le cuenta a la otra que puede consultar por la IVE ahí en el CS. Otro caso, el de Celina, también cuenta que recibió información por parte de una vecina.

“Estaba como desesperada porque no sabía cómo preguntar; no sabía a quién preguntar, viste. Y hablé con una chica de ahí del CS, una chica que se hacía atender también. Y me dijo que lo hable eso con la doctora con la que yo me atiendo... Yo le dije porque la tengo que atender a mi hija y también me tengo que hacer ver yo, urgente ... No sabía con quién hablar yo. Y la chica era buena onda y me explicó todo, me dijo qué pasó por lo mismo... Pero que al final lo tuvo al bebe”. (13, Clara, 22)

“...Una vecina me dijo que podía ir al centro de salud”. (11, Celina, 24)

- La operatoria de grupos antiderechos como barrera de acceso

El caso de Belén pone de manifiesto cómo la falta de conocimiento sobre dónde consultar se transformó no solo en una barrera en el acceso, sino que por buscar en internet, dio con un grupo antiderechos que intentó convencerla de no abortar. En el relato vuelve a ponerse de manifiesto el rol de los grupos religiosos en obstaculizar el acceso y aumentar el nivel de culpa y sufrimiento:

“Yo había visto en Facebook un número de si estás embarazada y no querés tenerlo podés consultar con nosotros. Yo estaba desesperada, no sabía qué hacer. Bueno y yo le consulté. Y la mina me llamó, pero me empezó a decir que no lo haga, y me mandaba videos, y me hacía sentir re mal, entonces yo no le contestaba más, y me mandaba video

de como hacían los abortos, y yo no sé eso porque nunca lo hice, y me hacía sentir re mal y me llamó y estuvo como 10 minutos hablándome y diciéndome que no lo haga porque es una vida. Era como culpándome todo el tiempo y yo me sentía re mal. Pero dije no, si no lo hago ahora, no lo hago más. No puedo tomar una decisión después... No le contesté más y hasta hace poco me mandó un mensaje y me preguntaba si lo había hecho. Le clavé el visto. Yo pensé que te iban a apoyar y al final era como una trampa el lugar”.
(18, Belén, 24)

Los grupos antiderechos, como el que acosó a Belén, suelen utilizar argumentos falaces, relatos morbosos, chocantes y emotivos (Loza & López, 2020). Como bien afirma Laura Klein (2013) "los pasquines antiabortistas abundan en detalles quirúrgicos a través de los cuales exponen al buen y mal lector los horrores producidos por la cureta desde el primer instante en que se introduce en el útero para arrancar el embrión que está adherido, hasta su muerte final..." A pesar de la vigencia³⁸ de estos grupos, y de la insistencia del grupo que la acosaba, Belén finalmente pudo consultarle a una amiga y acceder al CS.

“Y yo le había preguntado a mi amiga porque yo tengo una amiga que también lo hizo y ella me dijo qué hacer, porque yo no sabía, nunca lo hice.. Y me dijo, andate a tu médica y ella de ahí te deriva para la AMEU...” (18, Belén, 24)

- La invisibilidad de la oferta de atención como barrera de acceso

La mitad de las entrevistadas sabía dónde consultar, sin embargo como dice Marina falta mucho por mejorar en el acceso de las personas al sistema de salud para solicitar una IVE/ILE. La falta de cartelería y folletería en los efectores de salud es una deuda de la SSP.

“...Pero todavía es como que vos entrás y no hay un cartelito que te diga podés acá... Yo creo que faltaría un poco más, falta un poco eso.”
(12, Marina, 24)

³⁸ Los grupos antiderechos que buscan obstaculizar el acceso a la IVE están a la orden del día. Ver, por ejemplo: <https://www.pagina12.com.ar/477982-como-operan-los-grupos-antiderechos-encubiertos-y-financiado>

Como afirma Emilia, que si bien conocía sobre la ley, la falta de claridad en la información sumada a la larga historia de sanción que acompaña al aborto, produce miedo en lugar de seguridad.

“O sea, sabía que lo podía hacer y sí, a la vez tenía miedo porque yo no sabía si ir a decirle a la doctora de lo que tenía que hacer...” (10, Emilia, 27)

La accesibilidad organizacional: modos de abordaje en centros de salud y en consejerías hospitalarias

Finalmente de las 22 entrevistadas, 14 consultaron en un CS de atención primaria, y 8 en una CH. En relación al proceso de admisión (modo de acceso) a los mismos, la mitad refirió que fue directamente a un efector de salud por tener conocimiento; y de la otra mitad, 7 accedieron por recomendación de una amiga y 4 por sugerencia de una vecina, una conocida o un familiar.

En la totalidad de casos que consultaron en un CS, la modalidad de atención estuvo a cargo solamente de un/una médico/a, mientras que de las 8 que consultaron a una CH, 6 de ellas fueron atendidas por un equipo de salud y 2 solamente por una médica.

De los relatos recabados, no parecen desprenderse diferencias en las valoraciones de la facilidad de acceso y calidad de atención según se trate de la atención exclusiva de un/a médico/a o de un equipo interdisciplinario. Agustina, estudiante de enfermería, que consultó a una CH refiere que se imaginaba cómo iba a ser la modalidad de atención; y Sofía vio positivamente que el abordaje estuviera a cargo de un equipo.

“Sí, sí, más o menos me imaginaba que iba a ser como un equipo... Y porque ya lo había visto también en la facultad que cuando hay esas cosas, cuando tenés esos casos (abortos), se trabaja en equipo interdisciplinario...” (16, Agustina, 28)

“...Por más que eran cinco en el consultorio haciéndome preguntas estaba cómoda... Estaba bueno porque eran más de una. Yo lo sentí así... Estaba con otras expertas... Me sentí segura”. (3, Sofía, 23)

En el caso de Anahí y Laura durante la entrevista no refiere ningún inconveniente en haber sido atendidas por un equipo, incluso desconociendo cómo estaba conformado, suponiendo que eran todas médicas. Ambas se mostraron conformes.

“...El día lunes estaban todas las chicas y me hablaron todas las chicas... Eran tres...Sí, era la ginecóloga, creo que otra que estaba como ayudante, y otra chica qué no sé...creo eran todas doctoras”.
(1, Anahí, 31)

“Médicas... médicas me recibieron y tuve igualmente la contención también de mi psicóloga, así que re bien. Tengo mi psicóloga igual”.
(22, Laura, 26)

Del mismo modo, quienes fueron atendidas por solo por un/a médico/a tampoco manifestaron ninguna incomodidad.

“Si, vine sin turno... Fue automático...Me atendió solo la médica”.
(14, Nadia, 42)

“Si, le conté a la dra, me atendió ella sola. Ella sola. Sí, las dos veces que fui ella sola me atendió”. (13, Clara, 22)

“Y la verdad que... me atendió justo la doctora X, sobre el tema, y me fue guiando, más o menos, en cómo sería”. (11, Celina, 24)

“Fui a hablar con mi médico de cabecera y él se encargó de todo”.
(12, Marina, 24)

Sobre el tiempo de espera, en 13 entrevistadas el proceso de atención duró una semana o menos, en 3 casos de 2-3 semanas, y en 6 no se cuenta con ese dato. En las entrevistas se evidencia cierta conformidad, o incluso “rapidez” en la atención.

“Y me tuve que acomodar con el trabajo. Pero bien, qué sé yo. Aparte ahí no es que vos llegás y te atienden por orden de llegada y por ahí tenés que esperar todo el resto. Pero no, qué sé yo. Dentro de todo se me hizo bastante leve. Y rápido... El día que hablé con la médica específica que me contó todo, fueron 3 o 4 días...” (6, Maia, 36)

“..Me dieron el turno rápido. Suponete que vine un martes, y me lo dieron para el jueves”. (3, Sofía, 23)

“Y nada, todo muy rápido, por suerte, vos vas, ellos aceleran el proceso. O sea, si vos en una semana lo querés hacer y estás del tiempo requerido lo podés hacer tranquilamente porque ellos mueven todo muy rápido, por suerte. Te acercan, te dan información, te asesoran, te mandan a hacer la ecografía”. (11, Celina, 24)

La dimensión económica de la accesibilidad

Algunas entrevistadas tuvieron que afrontar gastos de su bolsillo para la IVE. Cabe recordar que todas las mujeres entrevistadas corresponden a atenciones en el sistema público de salud donde se debería garantizar la gratuidad.

En un caso debió pagar los gastos relacionados con el traslado para lograr acceder a una CH en Rosario, y en el otro fueron gastos producto del desconocimiento y decisión de comprar las pastillas por su cuenta. En ambos casos la falta de información también contribuye a que sea menos accesible económicamente.

“Lo que costó poder venir hasta Rosario... es muy caro venir... Y el viernes que vine también me tuve que pegar la vuelta porque atendían por la mañana...vine muchas veces... La ecografía también la pagué”. (21, Inés, 28)

“Sí, porque si yo hubiera sabido, me hubiera acercado hace mucho. Sí, porque pagué \$50.000 más \$12.000³⁹. No sabía qué hacer con la desesperación”. (8, Rosa, 32)

Otro punto importante que aparece como una barrera de accesibilidad económica, es el pago de las ecografías. Y acá en primer lugar se puede discutir la necesidad o no de la misma. Las directrices de la OMS del año 2022 plantean que tanto para el aborto médico como para el quirúrgico no se recomienda el uso de la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto. Sin embargo, también aclara que la normativa legal que limita el acceso al aborto en función de la edad gestacional puede exigir o hacer que se utilicen ecografías para

³⁹ Un hogar tipo necesitó \$495.616 para cubrir sus necesidades alimenticias básicas en septiembre de 2024. Los \$62.000 pesos argentinos equivalían a 50 dólares estadounidenses para esa fecha.

verificar la edad gestacional antes del aborto, aunque esto no sea necesario desde el punto de vista clínico (OMS, 2022).

Dentro de los efectores de la red de la SSP, se han establecido circuitos de solicitud de ecografías urgentes para casos de IVE/ILE. En general los CS cuentan con cupos de ecografía a la brevedad para estas situaciones, y también en algunos hospitales se realizan en determinados días y horarios sin turno previo.

También producto de ser un recurso escaso en el sistema de salud público, algunas clínicas o consultorios privados en los barrios, cuentan con este servicio por un bajo costo.

Al preguntar a las entrevistadas sobre esto, algunas manifestaron que tuvieron que pagar la ecografía. Como son los casos de Nadia y Celina que refieren que prefirieron pagarla para hacerlo más rápido, pudiendo tal vez ser por la propia necesidad de algunas personas de mayor celeridad en el proceso, o por un prejuicio en relación al tiempo de espera para poder realizar la ecografía. Esto puede tener que ver con el conocimiento de las personas acerca de la dificultad que existe en acceder a determinados turnos en los CS, como ser una ecografía. Aquí nuevamente la falta de información se transforma en una barrera de accesibilidad económica, teniendo en cuenta que en general los turnos para ecografía por IVE/ILE se priorizan como relatan otras entrevistadas:

“La ecografía la pagué, porque yo quise, para hacer más rápido”.

(14, Nadia, 42)

“Sí, la eco la hice particular más que nada por el momento de que me pasó todo rápido y quería sacarme la duda y bueno. La pagué, sí”.

(1, Anahí 31)

Clara y Belén relatan claramente como la demora en los turnos de ecografía es una barrera en la atención, e implica generalmente un gasto para las mujeres. Cabe preguntarse si tiene que ver con la disponibilidad de turnos de los CS, las zonas geográficas, el compromiso de las/os profesionales en agilizar los turnos, etc.

“Y porque yo había ido a hacer la fila y todo, pero se vé que ya era tarde. Había ido como a las 9, 10 por ahí. Y se ve que tenés que ir como a las 5 de la mañana y hacer la fila ahí afuera y esperar hasta que abran a las 8. Tenés que estar a las 5 o 6 de la mañana esperando

ahí y ellas abren a las 8 recién.. Y sabes la fila que se hace por ecografía. Dan uno o dos turnos por ecografía nomás... Me cansé, y fui a hacerme al otro, no es un centro de salud, es como una clínica privada que se paga... Me hice ahí la ecografía y bueno, después se la llevé a la doctora". (13, Clara, 22)

"...Yo ya tenía la ecografía esa era mi ventaja, porque sino sacar una ecografía allá no te la dan nunca, porque nunca hay turnos, tenés que ir a las 6 de la mañana y te dan dos turnos para ecografía... así que la pagué". (18, Belén, 24)

En contraposición hay otros relatos en donde la solicitud de las ecografías se priorizó y se dio con rapidez, cumpliendo con las recomendaciones del protocolo.

"La doctora me mandó a la administración, y ahí ya le ponía como urgencia, entonces me conseguía los turnos rápidos. Cosa de que no pasé tiempo. Ya a la otra semana tenía el turno para las dos cosas." (11, Celina, 24)

"Me la sacaron del centro de salud el turno para la ecografía, pero rápido. No tuve problema con los turnos" (4, Carolina, 20)

"El médico sacó el turno de la ecografía, me lo dieron para los dos días, o sea, súper rápido". (12, Marina, 24)

Tomando el concepto de accesibilidad, entendida como el vínculo entre los servicios de salud y las mujeres, podemos afirmar que esa instancia de encuentro es heterogénea, y está determinada por múltiples factores. La política de acceso al aborto de la SSP, centra la atención de las IVE/ILE en los efectores de primer nivel de atención, es decir, en los centros de salud. También contempla la conformación de consejerías hospitalarias, que las primeras nacen en el año 2012 en algunos hospitales de la ciudad (posterior al fallo F.A.L de la CSJN) como otra posibilidad de acceso, ya sea para usuarias que viven en las áreas de influencia de los hospitales y también para aquellas que muchas veces no saben dónde consultar. La adscripción a un CS impresiona ser una ventaja en la accesibilidad, sin embargo no es suficiente. Por otro lado persiste para algunas entrevistadas, cierta idea de que los abortos se realizan en los hospitales, por lo cual las CH muchas veces son la primera opción. Las mujeres entrevistadas consultaron tanto en CS como en CH; para quienes accedieron a través

de un CS fueron atendidas solo por profesionales médicas/os, mientras que en la CH primó el equipo interdisciplinario.

Es de destacar que si bien la mayoría de las mujeres entrevistadas tenía conocimiento de la Ley de IVE, la mitad no sabía adonde consultar. Lo cual retoma la idea de la falta de información en los efectores de salud. En muchos casos la falta de folletería y cartelería, la falta de información de los días de atención, la falta de claridad en la modalidad de atención, la falta de turnos se configuraron en barreras de acceso.

Muy pocas tuvieron que afrontar gastos de su bolsillo, y estuvieron relacionados a traslados, necesidad de realizar la ecografía urgente o la compra de medicación por desconocimiento.

CAPÍTULO 6 - El acompañamiento como indicador de calidad

En este capítulo se analiza la calidad durante el proceso de atención-cuidado en la atención de la IVE/ILE; teniendo en cuenta algunas de las dimensiones propuestas por el Proyecto Mirar: el aseguramiento de los insumos y la disponibilidad de métodos seguros para una IVE, la atención integral y continua, y la consejería como espacio de encuentro entre mujeres y profesionales, aspecto clave en la valoración de la calidad de atención. “La calidad atraviesa todo el proceso de atención desde el acceso a la información hasta la atención postaborto, incluyendo la satisfacción de las personas que solicitan un aborto” (Ramos et. al, 2022).

Los aspectos vinculados a la información de gestión, la formación de recursos humanos y la certificación de calidad no fueron abordados en profundidad durante las entrevistas, ya que se consideraron aspectos relacionados a la gestión de la política pública, y excedían el objeto de esta tesis, De este modo, persisten como líneas de investigación a profundizar en futuros estudios.

En el Cuadro N° 3, se presentan algunas características del proceso de atención de las mujeres, relevantes en términos de calidad de atención.

Cuadro 3: Características de las entrevistadas en relación con la calidad en la atención

N° y Nombre de Entrevista	¿Le ofrecieron métodos de IVE?	¿Qué método de IVE utilizó?	¿Estaba usando anticonceptivos antes de la IVE?	¿Qué estudios complementarios le solicitaron?	¿Qué anticoncepción eligió post IVE?
1 ANAHÍ	SI	MIFEPRISTONA + MISOPROSTOL	NO	ECOGRAFÍA	ACO
2 JULIA	SI	MIFEPRISTONA + MISOPROSTOL	NO	ECOGRAFÍA	IMPLANTE
3 SOFIA	SI	AMEU	SI	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	DIU
4 CAROLINA	SI	AMEU	SI	ECOGRAFÍA	DIU
5 ALEJANDRA	SI	AMEU	NO	ECOGRAFÍA	DIU
6 MAIA	SI	AMEU	NO	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	DIU
7 NATALIA	SI	AMEU	NO	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	ACO
8 ROSA	NO	MISOPROSTOL SOLO Y AMEU	NO	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	ACI
9 ANA	SI	MISOPROSTOL SOLO	NO	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	ACO
10 EMILIA	SI	MISOPROSTOL SOLO	SI	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	ACI

Nº y Nombre de Entrevista	¿Le ofrecieron métodos de IVE?	¿Qué método de IVE utilizó?	¿Estaba usando anticonceptivos antes de la IVE?	¿Qué estudios complementarios le solicitaron?	¿Qué anticoncepción eligió post IVE?
11 CELINA	SI	MISOPROSTOL SOLO	NO	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	ACI
12 MARINA	SI	AMEU	NO	ECOGRAFÍA	DIU
13 CLARA	NO	AMEU	NO	ECOGRAFÍA	DIU
14 NADIA	NO	AMEU	NO	ECOGRAFÍA	DIU
15 FLORENCIA	SI	AMEU	NO	ECOGRAFÍA	LT
16 AGUSTINA	NO X edad gestacional	AMEU	S/D	ECOGRAFÍA	DIU
17 ANDREA	SI	MIFEPRISTONA + MISOPROSTOL	NO	ECOGRAFÍA	ACI
18 BELÉN	SI	AMEU	S/D	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	DIU
19 CINTIA	SI	AMEU	S/D	ECOGRAFÍA	DIU
20 ELIANA	NO X edad gestacional	AMEU	NO	ECOGRAFÍA	DIU
21 INÉS	SI	AMEU	SI	ECOGRAFÍA	DIU
22 LAURA	SI	AMEU	SI	ECOGRAFÍA Y LABORATORIO	DIU

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas realizadas

ACO: anticonceptivos orales combinados, ACI: anticonceptivos inyectables combinados, DIU: dispositivo intrauterino, LT: ligadura tubaria

Aseguramiento de insumos

El *aseguramiento de los insumos* es un indicador de calidad. Según la OMS (2022), la atención debe ser eficiente, optimizar el uso de los recursos y minimizar los costos. El abastecimiento de insumos para la provisión de abortos en los servicios de salud públicos ha sido una estrategia prioritaria de la política pública desde la aprobación de la Ley 27.610 y es una condición necesaria para mejorar la calidad en la provisión de abortos que se muestra promisorio: sin insumos no hay garantía de un aborto seguro (Ramos et. al, 2022).

Durante el gobierno anterior de Alberto Fernandez, la DNSSR a cargo de Valeria Isla se fortaleció con la gestión y distribución de los insumos necesarios para la garantía de las IVE/ILE en todo el país, a través de la compra de misoprostol y combipack (mifepristona + misoprostol) para los tratamientos medicamentosos, así como también facilitando el equipamiento necesario para realizar la técnica de AMEU (Msal, 2023). Durante el año 2024, el Ministerio de Salud de la Nación no distribuyó ningún tratamiento medicamentoso para

IVE/ILE de los 100.400 planificados (Ramón Michel et. al, 2024), por lo que cada provincia tuvo que realizar las compras necesarias, siendo heterogénea la capacidad de respuesta. En el caso de la provincia de Santa Fe, contó con la ventaja de tener la producción pública tanto de mifepristona como de misoprostol del laboratorio provincial LIF, lo que le permitió a la red de salud pública municipal contar con esta producción de un laboratorio público provincial, que distribuye a los distintos municipios, garantizando continuidad en la provisión de medicamentos esenciales para abortos seguros y gratuitos, mejorando la accesibilidad económica y evitando los circuitos de licitación de compras, generalmente burocráticos de los medicamentos.

- Disponibilidad de métodos seguros para IVE y posibilidad de elección

Como se mencionó anteriormente, Ibis Reproductive Health y la Colectiva Feminista La Revuelta (2024) realizaron un estudio sobre experiencias de acceso al aborto después de la implementación de la Ley de IVE/ILE, basándose en 473 encuestas a personas que abortaron en el sistema de salud en Córdoba, Gran Buenos Aires, CABA, Neuquén y San Juan. El método más utilizado para abortar fue el uso de medicamentos. El 87% accedió a interrumpir su embarazo con pastillas (90% en San Juan, 87% en Córdoba, 87% en Buenos Aires y 84% en Neuquén), el 10% usó AMEU y el 3% tuvo un legrado (Romero et. al, 2024, p. 31).

En el estudio realizado en CEMAR (Botta et. al, 2024), en el período analizado del 2017 al 2022, el 70% de los abortos fueron con medicamentos (información tomada de la dispensa de recetas de misoprostol como aproximación para valorar la cantidad de procedimientos de IVE/ILE) y el 30% por AMEU, lo que muestra una mayor oferta de esta última práctica en la red de atención municipal en comparación a lo que sucede en el resto del país.

De las 22 mujeres entrevistadas para este trabajo, la mayoría (15) realizaron la interrupción por el método de AMEU de forma electiva, 6 mediante tratamiento medicamentoso, y en 1 caso realizó tratamiento medicamentoso y AMEU. En relación a que la mayoría de las mujeres eligió la técnica de AMEU se puede sospechar un sesgo de selección de las/os médicas/os que contactaron mujeres que hayan realizado esa práctica.

La disponibilidad de los métodos de aborto y brindar información sobre los mismos es clave para pensar la calidad en la atención, ya que el modo en el que se brinda esa

información, y la posibilidad de elección pueden repercutir en la forma que son vividos esos procesos.

También cabe resaltar que ninguna mujer manifestó dificultades en relación al método de aborto que utilizó, no apareciendo la necesidad de consultar a otros efectores por falta de disponibilidad de alguno. Y en este punto es necesario recordar que todas las mujeres entrevistadas realizaron la IVE en efectores de la red de salud municipal donde está preestablecido que pueden elegir el método de aborto (farmacológico o AMEU). Esta situación es una excepción en comparación a lo que sucede en otras ciudades del país; incluso es desigual para las personas que viven en Rosario y se atienden en efectores de salud provinciales, ya que en ellos no se cuenta con la posibilidad de elegir, solo es posible el método farmacológico, y en caso de falla se deriva para la técnica de AMEU con mucha dificultad, ya que los efectores provinciales no cuentan con servicios de AMEU ambulatorio. Esta puede ser una de las causas por las cuales la mayoría de las entrevistadas realizó AMEU.

Un punto no profundizado en las entrevistas, pero que vale la pena destacar es que la modalidad de atención en los servicios de AMEU de la red de salud son un ejemplo de mecanismos de articulación entre niveles de atención en el marco de un modelo de gestión de salud basado en APS, pero que articula con otros niveles de atención según la complejidad de la práctica.

La mayoría de las entrevistadas (17) manifestaron que les ofrecieron con qué método interrumpir el embarazo. Sin embargo, en la oferta de los métodos aparecen algunas dimensiones para analizar tanto por parte del equipo de salud como de las mujeres. Por el lado de los equipos: la manera en la cual se brinda la información, el tiempo que se le dedica, las palabras que se utilizan, etc, pudiendo condicionar de algún modo la elección de uno por sobre otro. Por otro lado, en lo que hace a las usuarias afectos como el miedo, la percepción de seguridad, la efectividad de los métodos, el entendimiento de los mismos, la rapidez que se le supone a uno u otro método, podrían también tener un rol relevante a la hora de decidir.

Con la AMEU estás acompañada y es más rápido...

Para introducir la noción de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), como práctica novedosa y revolucionaria, resulta interesante el aporte de H. Hester (2018) quien habla de la reapropiación de tecnologías como es el estudio del dispositivo de extracción menstrual Del-Em: “diseñado para succionar la pared endometrial del útero humano

empleando una jeringa y una cánula flexible que se inserta en el cuello del útero” (p. 76), e interpreta estas iniciativas como prácticas xenofeministas, dado que se trata de la reapropiación feminista de una tecnología diseñada para otros fines que, en un contexto de clandestinidad, era lucrativa a expensas de quienes la necesitaban.

Hoy en día la técnica de AMEU es ampliamente reconocida, y se transformó en una tecnología segura y eficaz para la práctica de abortos. En los casos de Florencia y Marina prefirieron la aspiración manifestando que al realizarse la misma en un efector de salud iban a estar acompañadas. Ese “sentirse acompañadas” probablemente tiene que ver con la posibilidad de estar acompañadas por personal calificado durante el aborto, que pueda dar atención y respuesta por ejemplo ante una complicación.

“...Me dio a elegir...Creo que me lo preguntó y yo preferí la aspiración, y aparte sé que estás acompañada todo, con las pastillas sé que no”. (15, Florencia, 30)

“Sí pude elegir el método... para mi forma de pensar, era más rápido hacer la AMEU. Y era para mí más seguro en el sentido de que te pueden controlar, vos podés sacarte todas las dudas. Y si lo haces en tu casa, mi forma de pensar es como que vos estás sola con una persona, y no sabes cómo puede reaccionar, si te pasa algo por X motivo... cómo podría ayudarte si no está muy informada”. (12, Marina, 24)

También apareció la idea de la AMEU como una posibilidad de “algo más rápido”. Si bien no está descripto así en la bibliografía, algo de cierto tiene. El aborto con medicamentos requiere de intervalos de horas entre las dosis del medicamento, y luego la persistencia de la sintomatología durante algunos días. En cambio, la AMEU dura entre 5 y 15 minutos, siendo como máximo 2 o 3 hs el tiempo total de estancia hospitalaria.

En el caso de Natalia prefirió la aspiración porque vive con sus hijos y no quería que tuvieran miedo. Tal vez asociando el aborto con medicamentos como un proceso doloroso, incómodo, sangriento y que a veces puede requerir una consulta de urgencia. Afirma Klein (2005, p. 60) “el aborto es un acto sangriento pero no sanguinario”.

“La dra me explicó las opciones. Pero el tema es que yo vivía con mis hijos sola, y por ahí se podían asustar, fue más por miedo a que vean sangre...” (7, Natalia, 34)

En el caso de Inés la elección del método tuvo que ver con las dificultades que le implicaba trasladarse a varias consultas. Cabe destacar que más allá de las recomendaciones de la OMS, generalmente los abortos que se realizan con medicamentos, requieren un control posterior, mientras que con la AMEU no es tan prioritario. En este sentido se podría interpretar que en general todo el proceso de interrupción con la técnica de AMEU es más rápido. El tratamiento con pastillas implica la necesidad de tomarse días para atender a todo el proceso con medicamentos, mientras que la AMEU permite una rápida recuperación, pudiendo esta variable influir en la recomendación de una AMEU.

“Elegí la AMEU, porque me pareció más seguro, más seguro ...Y también porque a mí se me complica el viaje”. (21, Inés, 28)

Tanto Inés como Marina mencionan la seguridad del AMEU como argumento para la elección del método. En este sentido, cabe preguntarse acerca de las estrategias comunicativas de las/os profesionales para informar a las mujeres acerca de ventajas y desventajas de los distintos métodos, considerando que tanto el tratamiento medicamentoso como el AMEU tienen una tasa de complicaciones leves menores al 1%. Desde la experiencia de trabajo de la autora de esta tesis, es común escuchar a diferentes profesionales decir: *“la AMEU es más rápido y seguro”, “las pastillas pueden fallar y a veces tenes que consultar a una guardia en caso de hemorragia”*. En tal sentido, cabría presuponer que los diferentes enunciados y preconceptos profesionales podrían tener una fuerte influencia en la elección del método

Sin duda la AMEU es un procedimiento atractivo, no solo por ser sencillo, rápido y tener bajo riesgo de complicaciones, sino también por la posibilidad de estar y sentirse acompañadas, de no exponerse ante hijas/os o parejas, de ser un proceso que sucede lejos o fuera de casa, de poder acceder a un método anticonceptivo inmediato, etc. Sin embargo, impresiona que existe cierta sobrevaloración del mismo por parte de las/os profesionales, subestimando la práctica quirúrgica, la exposición del cuerpo a algo nuevo, que incluso muchas veces puede generar pudor, y también el hecho de que al derivar a las mujeres para una AMEU, se transfiere la responsabilidad del procedimiento y/o complicaciones a otro nivel. Esto aparece implícito, pero también explícito en algunas entrevistas como la de Sofía.

“... ese mismo lunes la dra me dijo que tenía dos opciones, que tenía la opción de las pastillas, que por ahí lo que tenía eso era que yo me iba a mi casa, y si tenía un sangrado que no paraba, que venga urgente para acá. Y el otro era la AMEU, que yo no tenía ni la más pálida idea que existía, que me llamó la atención porque está bueno, porque me dijo que duraba entre 15 y 30 minutos, y después del mismo procedimiento me ponían un DIU, así que elegí esa, por la AMEU”. (3, Sofía, 23)

Experiencias previas, tanto propias como ajenas...

En algunas entrevistadas aparece cierta expectativa subjetiva de las preferencias del método de aborto. Las experiencias propias como ajenas fueron una fuente de información y ayuda en la toma de decisiones. No repetir malas experiencias propias o ajenas con medicamentos fueron determinantes en el caso de Alejandra y Belén.

La historia de un aborto previo genera un conocimiento vivido en el propio cuerpo, como es el caso de Alejandra que había realizado un aborto previo con pastillas y había manifestado una mala experiencia, la cual influyó a la hora de elegir en esta segunda oportunidad.

“Sí, sí, sí. Me lo explicó, me lo habló, me lo dibujó, cosa que yo entendiera. Yo tomé el de la pastilla la primera vez porque lo hacía en mi casa pero no sabía la cantidad, la descompostura que iba a tener, porque sino si hubiese optado por el aspirado... Esta vez fue mejor con la aspiración.... sí porque la sufrí menos”. (5, Alejandra, 39)

En el caso de Belén, la experiencia de una amiga que realizó tratamiento con pastillas y falló fue determinante en su elección.

“Sí, me ofreció los 2, pero yo no quise las pastillas... Mi amiga había venido, le habían hecho el de las pastillas y no le funcionó, entonces yo no”. (18, Belén, 24)

Con las pastillas estas en tu casa...

Afirma Klein al retomar la experiencia de la colectiva feminista La Revuelta, que “articulando ciertos productos farmacológicos con ciertas prácticas que desmedicalizan su

uso, se accede a nuevas experiencias donde abortar puede ser un acto menos alienado... realizado en casa, con amigos o gente amiga...” (Klein, 2018, p. 163). En el caso de Andrea prefirió hacer tratamiento farmacológico, argumentando que quería hacerlo en su casa acompañada por su pareja. En contraposición con la AMEU, en donde la persona ingresa sola a la sala de procedimientos, el tratamiento con pastillas permite estar acompañada de otras personas (pareja, amigas, madre, etc), y tiene la comodidad de estar en casa, con su cama, su baño, su ropa y su intimidad.

“...La doctora me dijo que tenía dos opciones y bueno, era mi decisión, que cualquiera de los dos que yo elegía estaba bien. Yo elegí las pastillas porque preferiría estar más acá en mi casa ... Como era la primera vez, preferí estar acá en mi casa con mi pareja que me apoyó en todo el proceso”. (17, Andrea, 24)

En cambio, Julia eligió las pastillas porque le permitió estar sola y no necesitar contarle a nadie. Así de diferente y heterogénea es la elección del método de aborto y las expectativas de los mismos.

“Porque era como que me sentía más segura, en el sentido de que era algo muy personal, lo podía hacer tranquila, sola”. (2, Julia, 23)

En el caso de Anahí, también en contraposición con la AMEU, prefirió el tratamiento con pastillas ya que lo asoció a más natural y a la necesidad de que lleve el tiempo que tiene que llevar. También apareció el miedo a un método desconocido como la AMEU, incluso hasta refiere lo raro que suena la palabra aspiración. Celina por su parte, si bien no sabe bien por qué prefirió el tratamiento medicamentoso, manifestó que la AMEU no le convencía:

“... Y yo elegí las pastillas, más que nada porque soy media cagón...y digo, capaz que hay más dolor con la aspiración, o no sé... La palabra ya no me gusta. Entonces, bueno, preferí hacerlo más natural con las pastillas, y que todo tome su proceso”. (1, Anahí, 31)

“Si me ofreció las dos, elegí pastillas...No sé la verdad bien por qué elegí pastillas... el otro no me convencía mucho”. (11, Celina, 24)

El caso de Ana muestra que no hay linealidad ni garantía en cada proceso. Eligió las pastillas porque creyó que iba a ser más rápido, y sin embargo ante una complicación, luego

tuvo que consultar a un hospital y requirió internación. Finalmente, en cierto punto, ningún método termina siendo más rápido.

“...elegí las pastillas porque quería hacerlo más rápido y al final tuve que ir al hospital porque me agarró fiebre y estuve como tres días internada”. (9, Ana, 28)

En el caso de Emilia prefirió probar primero con las pastillas, y luego si fallaban hacer la AMEU. Cabe recordar que el misoprostol usado de determinada manera, es seguro y efectivo para la realización de abortos ambulatorios, teniendo una eficacia entre el 84 y el 93%, mientras que la AMEU tiene 99% de efectividad.

“Le dije que primero iba a probar con las pastillas y que si no salía con eso iba a hacer la otra”. (10, Emilia, 27)

La AMEU como recomendación específica...

En 2 entrevistas (entrevistas 16 y 20) se les sugirió la AMEU por sobre tratamiento farmacológico basándose en la edad gestacional. Cabe aclarar que eran situaciones de más de 12 semanas de gestación, y en cuyo caso la AMEU es la práctica recomendada.

“No me dio a elegir... me dijo que en mi caso yo ya estaba muy al límite, era mejor una AMEU. Para asegurarse que salga bien todo y más que nada como ya era medio grandecito, me dijo para prevenir hemorragias también”.(16, Agustina, 28)

“Claro me dijo que había que hacer la AMEU directamente por las semanas... Hacer la aspiración”. (20, Eliana, 30)

En la entrevista de Rosa, se recomendó directamente la AMEU porque ya había realizado tratamiento con pastillas por su cuenta. Más allá de no conocerse qué tipo de pastillas le vendieron en la farmacia, en general, cuando falla un tratamiento farmacológico, de estar disponible, se prefiere realizar una AMEU.

“Me dijo que no se iba a poder hacer con pastillas porque como ya intenté no se iba a poder. Me dijo de la aspiración, me explicó cómo era que no iba a doler y le dije bueno”. (8, Rosa, 32)

¿Elección de las mujeres o elección de las/os profesionales?

En 2 casos, si bien el equipo de salud planteó a las mujeres las dos opciones, pareciera traslucir la preferencia profesional de un método por sobre el otro. En ninguno de los casos estas recomendaciones médicas parecen ser experimentadas como imposición, ni generadoras de malestar en las mujeres entrevistadas, aunque sí podría pensarse que en esos momentos la recomendación de la/el médica/o se impone como voz autorizada, en tanto investida del poder del “saber profesional”.

Una posible hipótesis que explicaría esta aparente preferencia profesional es que para aquellas personas que acompañan IVE/ILE resulta más simple o sencillo derivar para una AMEU que acompañar un proceso farmacológico con pastillas. La derivación para una aspiración podría asociarse a una posible desimplicación del proceso, de la mano también de asegurarse mayor eficacia y menos controles posteriores pudiendo ser la saturación del sistema de salud una variable a tener en cuenta.

En el caso de Nadia se le informó que la AMEU era más segura, aunque el argumento no tenga evidencia científica. Puede sospecharse que tal vez en el discurso médico o en la recepción de la información se confunde seguridad con eficacia, ya que la AMEU tiene la misma seguridad que el tratamiento medicamentoso, pero su ventaja se asocia a su mayor efectividad. También en este caso aparece la AMEU como facilitador de acceso a un método anticonceptivo de larga duración.

“Sí, me ofrecieron...O sea, estaban los dos métodos. Pero me dice lo más seguro siempre es la AMEU porque estás controlada. Aparte yo me quería poner el DIU, yo me puse DIU en el mismo momento. Entonces me dice, bueno, vamos con la AMEU, así ya está, ya te pones el DIU. Y me dice, aparte es con ecografía y bueno, o sea, nunca tuve experiencia en ninguna de las dos. Y bueno, me dice eso”.
(14, Nadia, 42)

En el caso de Clara, la médica no le dio a elegir, le recomendó la AMEU directamente, y ella no objetó. Según su relato tenía un embarazo de 9 semanas por lo tanto podría haber elegido, y aparentemente no habría ninguna recomendación de la AMEU por sobre el tratamiento medicamentoso.

“Me dijo que había dos métodos, las pastillas y la AMEU. Y me dijo que como estoy de nueve semanas para que no sigan pasando los días, me dijo que me haga la AMEU. Me dijo que me haga eso. Así que bueno, yo dije que sí, que quería”. (13, Clara, 22)

La atención integral y continua

La *atención integral y continua* es otro indicador de calidad, que tiene varias dimensiones. Los mecanismos para acceder a los turnos, los tiempos de espera para la atención, la resolución en el mismo efector donde se realiza la consulta y/o los mecanismos para articular con otros efectores fueron analizados en el capítulo de accesibilidad destacándose que no hay una clara disponibilidad de información sobre los días y horarios de consulta por IVE/ILE en cada servicio, ni de los mecanismos para acceder a los turnos, ni los tiempos de espera para la atención. A continuación se analiza la solicitud de estudios complementarios y el acceso a métodos anticonceptivos antes y después del aborto como dimensión de la calidad de atención.

- La solicitud de estudios complementarios

En relación a los pasos clínicos que se establecen para dar respuesta a la solicitud de un aborto, se analizó la solicitud de estudios complementarios. En la mayoría de los casos, basta con la información obtenida a través de la anamnesis y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar la edad gestacional (Ipas, 2021). Sin embargo, en cada caso en particular se evalúa la necesidad de solicitar exámenes complementarios.

En particular, en la red de salud pública municipal de Rosario, se recomienda solicitar al menos la *ecografía* para confirmar la presencia de un embarazo intrauterino y determinar la edad gestacional. Sin embargo, cabe aclarar que la OMS no recomienda la ecografía como un estudio de rutina para la realización de una IVE/ ILE (OMS, 2022). Si está disponible, puede ayudar a determinar la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo. En relación a la solicitud de *laboratorio* sucede lo mismo. No es una recomendación de rutina. Si la persona no sabe su grupo sanguíneo y factor Rh, se debe solicitar de manera de administrar inmunoglobulina anti-Rh cuando esté indicado y la gestación sea de 12 semanas o más (OMS, 2022). Se recomienda también la oportunidad para realizar asesoramiento y prueba para enfermedades de transmisión sexual si están

disponibles, con el consentimiento de la persona usuaria, y sin que signifique un obstáculo a la IVE/ILE.

De las mujeres entrevistadas para esta investigación, en 9 casos se les solicitó laboratorio y ecografía, y en 13 mujeres solo se solicitó ecografía. Si bien en general en la red de salud municipal, por acuerdos y capacitaciones realizadas a los equipos de salud, la solicitud de estudios complementarios no debería ser un obstáculo, es una realidad que en las entrevistadas se muestra una gran heterogeneidad en sus experiencias, sobre todo en algunos casos viviendo situaciones de extrema violencia.

Como se mencionó, a todas las mujeres entrevistadas se les solicitó una ecografía. Entre las recomendaciones al momento de solicitar una ecografía, se contempla particularmente explicar a la persona usuaria su derecho a solicitar no ver las imágenes ni escuchar los sonidos (DNSSR, 2022). En general se recomienda colocar la palabra IVE en el diagnóstico de la orden médica de ecografía; siendo este un “guiño” a no mostrar imágenes ni sonidos, ni realizar comentarios en relación al embarazo. En particular en un estudio realizado en Chile, donde se evidencia la violencia por parte de las/os profesionales, concluyen que *“es de suma importancia que estos sean capaces de comprender y actuar considerando las implicancias de sus discursos, deconstruyendo y desnaturalizando las miradas hegemónicas que se han impuesto sobre las mujeres”* (Palma et. al, 2020).

En el presente estudio, el caso de Eliana da cuenta de una situación de extrema violencia por parte del ecografista. Dice Faundes “el movimiento pro vida ha comprendido el poder de la imagen del embrión en desarrollo y ha usado y abusado de ella...” (2011, p.113). Lamentablemente, la situación de Eliana se repite a diario en ese efector, y aun habiendo realizado denuncias administrativas, esto no ha sido modificado.

“...la doctora me había dicho que no me tenían que hacer ni escuchar ni ver nada. Así que yo estaba re tranquila. Bueno, me hizo acostarme, primero le sonó el celular por un mueble que se ve que le están haciendo en la casa, así que estuvo hablando un buen ratito y después me puso el aparato. Y me dice, pero esto está muy avanzado che... Y yo ahí: llanto!, ¿cómo le digo? Yo en mi cabeza pensando, listo, no se puede hacer. Y me lo dejó, después me lo saca y al ratito me lo vuelve a poner y se escuchó el sonido. Y ahí yo seguía llorando, y nunca me dijo quédate tranquila. Y yo le dije, ¿se puede hacer? Y no

me respondió nada. Entonces yo de ahí me fui, ya estaba mal, ya estaba pensando en que no se podía hacer porque me dijo: esto está avanzado. Y yo dije, bueno, ya está, lo tengo que tener, me muero. Y bueno, entonces ese día estuve re triste porque tenía al otro día después turno para la médica. Y cuando llegué y le cuento que estaba avanzado, lo que me explicó ella es que ahí en ese hospital no lo hacían a esa edad gestacional, sino que lo hacían en otro. Pero bueno, yo con lo que me había dicho el ecógrafo ya estaba muy mal”.
(20, Eliana, 30)

Dice Ruth Zurbriggen, activista de Socorristas en Red, en referencia a la situación del sistema de salud: “...pudimos diferenciar que hay gente que garantiza pero que no deja de maltratar y de burocratizar. Que, al ver a esa persona con capacidad de gestar que solicita la interrupción legal, pone sus prejuicios sobre la práctica” (Tarocco, 2020). Eliana afirma que la situación no le hizo cambiar de idea, pero que le generó mucha tristeza. En su relato aparece no solo la violencia ejercida por el poder médico, sino también la falta de empatía y cuidado en su proceso de atención. Como bien dice ella no le pidió un abrazo, pero al menos que pueda tranquilizarla.

El profesional debería recibir sanciones por violar el trato digno, mal informar y no brindar información clara; sobre todo teniendo en cuenta que aún se encontraba dentro del marco de la solicitud una IVE con una gestación menor a 14 semanas. Como dice Eliana ese profesional no debería estar ahí, pudiendo ser desplazado a otras funciones no relacionadas a la atención de mujeres en situación de aborto.

“...Esa persona no tendría que estar ahí creo yo, pero bueno. Nada, no me influyó en la decisión para nada, pero bueno, sí me hizo pasar un momento de mierda. Aparte yo le lloraba en la cara y él ni un: quedate tranquilo, no te digo abrazarme, pero al menos como un: relajate”. (20, Eliana, 30)

El caso de Eliana da cuenta de lo mucho que falta en garantizar la calidad en el proceso de atención-cuidado. Si bien ella accedió a la IVE, y tuvo un buen trato en gran parte de su proceso de atención por parte del equipo de la consejería y en el hospital que realizaron la AMEU, la ecografía fue determinante en su valoración del proceso de cuidado.

Por su parte Clara, quien decidió hacer la ecografía en un efector particular (porque consideraba que en el CS iban a tardar mucho), también vivió una situación de violencia, aunque en su relato se ríe y no impresiona haberlo sentido así. Si bien ella no contaba con una orden médica que dijera el diagnóstico de la solicitud (es decir: IVE), sin dudas, hubiese sido una buena práctica que el profesional pregunté cómo se sentía con el embarazo y en base a la respuesta tomar una conducta sobre cómo proceder con el estudio.

“Me decía, uy, cómo se mueve (se ríe) cuando me estaba diciendo la ecografía, cómo se mueve, me decía. Y yo no estaba muy emocionada. Fui con el papá, con el chico este. Y bueno, no estábamos emocionados. Era como que nos mirábamos, mirábamos para otro lado... Y se ve que la chica se dio cuenta que no estaba emocionada y no me dijo más nada... Yo nunca le dije que era para una IVE”. (13, Clara, 22)

Marina también cuenta que si bien ella tuvo una buena experiencia durante la ecografía, a una amiga de ella le hicieron escuchar el sonido:

“...Sí ví un caso que sí la maltrataron y por ejemplo, cuando fue a hacer la ecografía, le pusieron el sonido de la ecografía ... Y no está bien”. (12, Marina, 24)

En el otro extremo de experiencias de atención, a Maia le avisaron que no le iban a mostrar la pantalla ni hacer escuchar el sonido porque la médica detectó que era para una IVE. Luego quedó en su decisión mirar o no el resultado.

“...y en el momento de la ecografía, que fue en el hospital X, la médica buenísima porque ya vio la orden y para qué era derivado a esto. Entonces como qué ya me planteo: no te voy a mostrar en la pantalla, no te voy a hacer escuchar, no te voy a mostrar fotos. No te voy a dar nada. Incluso que a mí como que me provocó rareza... Me abrochó la hoja del informe. Dice, no lo leas si no lo querés leer. Obviamente que uno lo lee. Pero la verdad que fue muy bueno todo. Todo ese proceso, digamos, no fue tan duro”. (6, Maia, 36)

En el caso de Sofía fue ella quien solicitó que quería ver la pantalla, y la médica le explicó que no lo suelen hacer por el diagnóstico, pero que tenía su derecho a mirar.

“Yo le pregunté de curiosa si podía ver. Me dijo que sí, que ellas normalmente no lo suelen mostrar porque es una IVE, pero yo quería ver de curiosa, y me permitió ver” . (3, Sofía, 23)

Las experiencias de Maia y Sofia muestran que es posible una práctica cuidada, donde se respeta su decisión, y se cumplen con las recomendaciones sobre cómo debe realizarse una ecografía. Es un desafío del sistema de salud y la política pública expandir las prácticas cuidadas, y no exponer a las mujeres a situaciones de maltrato ni violencia como sucedió en otras entrevistadas.

- Uso de métodos anticonceptivos, antes y después del aborto

La provisión de información sobre métodos anticonceptivos y la obtención del método anticonceptivo que las personas desean son indicadores de calidad en el proceso de atención-cuidado. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2022) afirma que el acceso a una planificación familiar segura y voluntaria es un derecho humano, y es fundamental para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Sin embargo, unos 257 millones de mujeres que quieren utilizar métodos de planificación familiar seguros y eficaces no pueden hacerlo porque carecen de acceso a la información, los servicios o el apoyo de sus parejas o comunidades”.

Argentina cuenta con la Ley 25.673 sancionada en el año 2002 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, para intentar garantizar que todas las personas tengan el derecho a disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones, coacción ni violencia, ejercer la preferencia y orientación sexual libremente, elegir si tener o no hijos, el número de hijos, cuándo tenerlos, con quién, con qué intervalo entre uno y otro, así como de recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva.

A pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos la tasa de embarazos no intencionales a nivel global sigue siendo alta con consecuencias sociales y económicas. En el año 2024 se publicó el estudio “Lucía” (Ramos & Romero, 2024) donde encuestaron a 2000 mujeres e identidades LGTB entre 15 y 49 años, que muestra el estado de situación en relación al conocimiento y uso de los MAC. Algunos datos son llamativos: el 15% no estaba utilizando MAC, la mayoría utiliza preservativo como principal MAC sin diferencias importantes por edad y nivel educativo; y el uso de dos métodos en forma conjunta es bajo tanto en la historia reproductiva como en el uso actual. También concluyen que la atención es

estandarizada y despersonalizada y hay una clara necesidad de mejorar la consejería en anticoncepción con más información y personalización en recomendaciones.

Previo a la solicitud de la IVE, de las mujeres entrevistadas para este trabajo, 14 mujeres no estaban utilizando ningún método anticonceptivo (MAC) o lo habían suspendido por diferentes motivos. En 5 casos sí utilizaban (no se evaluó el uso correcto o no), y en 3 casos no se cuenta con el dato. Si bien no fue un objetivo del trabajo analizar el uso y acceso a los métodos anticonceptivos, es un dato relevante que la mayoría no utilizaba MAC.

La responsabilidad anticonceptiva recae mayoritariamente en la mujer...

La anticoncepción ha recaído desde sus inicios en una responsabilidad femenina. Existe una oferta importantísima de métodos anticonceptivos de corta y larga duración, hormonales y no hormonales. Sin embargo, la anticoncepción masculina es una deuda en la equidad de género.

En la actualidad solo se cuenta con dos métodos anticonceptivos masculinos. En un extremo el preservativo, con la dificultad que implica su uso íntimamente asociado al momento del acto sexual, y en otro extremo la vasectomía, como método irreversible. Si bien se han realizado múltiples estudios de anticoncepción masculina, al día de hoy no se ha arribado al descubrimiento de ninguno, y esto se debe entre otras cosas a la suspensión de los estudios por los efectos adversos que presentan los hombres durante los mismos (posiblemente similares al uso de MAC hormonales en mujeres), a la falta de interés de la industria farmacéutica, y a la necesidad del sistema de sostener los roles y estereotipos de género.

El caso de Agustina pone de manifiesto como la responsabilidad del uso de un método anticonceptivo sigue estando en manos de la mujer, persistiendo la carga de la anticoncepción y el cuidado, ya que aún cuando los varones aparecen acompañando sus decisiones, no fueron interpelados en relación con sus papeles en el cuidado y la prevención del embarazo (Lenta & Longo, 2025).

“Sí, tenemos una fuerte lucha de que no se quiere poner el preservativo... porque yo le digo, no es confiable, y él me dice no qué si la saco antes (coitus interruptus)... No, no es confiable, y bueno, pasó esto...” (16, Agustina, 28)

Nunca me pude poner el implante porque no había...

El caso de Julia muestra las deficiencias y barreras de acceso del sistema de salud. Utilizó el implante subdérmico durante 3 años, y cuando se venció y tuvo que cambiarlo, en el CS no se lo colocaron porque tenía obra social. Allí comenzó a tomar pastillas anticonceptivas por su cuenta, y en una consulta con una médica le dijo que tenía que hacer un descanso. Producto de la negativa en una primera instancia y de una mala consejería posterior se produjo el embarazo no deseado.

“...yo tenía el chip, me lo saque porque se cumplió el tiempo... Yo ahí estaba viviendo en otra ciudad cercana, me lo saqué allá y no me lo quisieron poner porque supuestamente decían que saltaba la obra social... Después, desde que me separé que estoy tomando pastillas, y nunca había hecho el descanso...y una doctora me dijo de hacer el descanso... y bueno, hice el descanso y ahí me confié...” (2, Julia, 23)

Después de la interrupción solicitó el implante subdérmico nuevamente, sin embargo le dijeron que no sabían si estaba disponible.

“Después de esto me ofrecieron el chip (implante), pero me dijeron que no sabían si iba a estar y sino inyecciones. A mí me gustaría el chip porque a mí me duró bastante”. (2, Julia, 23)

En el caso de Ana también quería colocarse el implante pero no había disponibilidad en el CS. Comenzó a utilizar anticonceptivos inyectables (ACI) que también discontinuaron su dispensa. Cabe mencionar que los ACI son un método muy elegido por las mujeres en los CS, sin embargo hace muchos años es muy difícil sostener su continuidad por la falta de insumos.

“Yo quería ponerme el implante cuando nació la segunda nena, pero nunca lo pude poner porque no había... Entonces primero arranque con la inyección, pero después no las dieron más, entonces me cambiaron a las pastillas...” (9, Ana, 28)

El inyectable me provocaba sangrado...

Todos los MAC tienen efectos adversos, y es importante dedicarle tiempo en las consultas para brindar información completa y clara. Muchas veces los MAC son

discontinuados por efectos adversos que podrían tener una recomendación o tratamiento específico. En el caso de Marina o Andrea utilizaban métodos de corta duración (pastillas o inyectables). Ambos son métodos hormonales, con una tasa de eficacia baja en su uso habitual, por lo que al suspenderlos tuvieron mayor riesgo de embarazo.

“... Yo había tenido un problema con los anticonceptivos, era que me habían puesto las inyecciones, que son cada un mes, y eso me provocaba como sangrado, con coágulos y hasta que tuve un desmayo y perdí mucha sangre, entonces decidí no colocarme más las inyecciones, y las pastillas me provocaba lo mismo...” (12, Marina, 24)

“Siempre me cuidé con la inyección. Pero tuve altos y bajos en el ciclo menstrual y decidí ponerle una pausa a la inyección para que se me regule...” (17, Andrea, 24)

Posterior a la IVE, las 22 entrevistadas eligieron un método anticonceptivo, 14 eligieron un método de larga duración -Larcs- (13 se colocaron un DIU y en 1 caso el implante subdérmico). Estos son los métodos actualmente recomendados por la OMS y distintas organizaciones internacionales. A veces la falta de conocimiento de los mismos y los conceptos erróneos sobre su eficacia y seguridad continúan limitando la elección de estos métodos altamente efectivos. Del resto de las entrevistadas, 7 eligieron anticonceptivos orales (ACO) o inyectables (ACI), y en un caso se realizó la ligadura tubaria.

La consejería en anticoncepción posterior a una IVE/ILE es parte de los estándares de calidad en la atención integral del aborto, y debe abordarse desde el inicio de la solicitud de la IVE, y no luego. Es importante dedicarle tiempo, y personalizar en cada situación las ofertas de MAC. Es una realidad que no siempre se cuenta con la canasta completa de métodos, y eso implica ofrecer muchas veces “lo que hay disponible”. Por lo que no siempre las mujeres pueden elegir lo que quieren o consideran mejor para ellas.

Suele suceder que luego de una interrupción aparece la idea de “no voy a tener más relaciones”, sin embargo sabemos que eso es inherente a la vida sexual y también reproductiva de las personas, por lo que es relevante dedicarle tiempo a esa consejería. Hay diferentes herramientas que ayudan a mejorar el acceso y la calidad en la atención por

anticoncepción, por ejemplo el uso de folletería, de maquetas, incluso es muy útil mostrar los métodos anticonceptivos, que las personas los puedan ver y tocar.

Salí con el DIU puesto después del AMEU...

De las 15 entrevistadas que realizaron la interrupción por la técnica de AMEU, 13 se colocaron un DIU después del procedimiento. En los relatos aparece una fuerte recomendación por parte de los equipos que realizaron la atención integral del aborto, insistiendo en que se puede colocar después de la AMEU. Pero también impresiona una alta aceptabilidad en las mujeres de poder colocarlo directamente luego del procedimiento. Cabe mencionar que la colocación del DIU en consultorio puede ser dolorosa, sin embargo cuando se realiza luego del procedimiento de AMEU que cuenta con la anestesia local, no suele generar dolor.

“... La dra me había dicho que estaban los métodos anticonceptivos, pero que si quería, para estar más segura me podía colocar el DIU, le dije que sí... fue enseguida, me dijo listo, ya está puesto...” (3, Sofía, 23)

“Y ya el mismo día que me hicieron el AMEU, ya también salí con el DIU puesto”. (16, Agustina, 28)

“ella me dijo el chip, inyecciones, pastillas o el DIU. Yo le había dicho el DIU, me puse el DIU”. (18, Belén, 24)

Hay diferentes tipos de DIU, de cobre u hormonales, de 5 o 10 años. En general existen muchos mitos sobre el DIU que hay que desarmar brindando información, con tiempo y empatía. El DIU resulta una buena alternativa a otros métodos anticonceptivos como son las pastillas o los inyectables, sobre todo en aquellas personas que no quieren buscar un embarazo en un corto período de tiempo. En los casos de Maia, Cintia y Laura aparece la ventaja de no tener que acordarse de tomar las pastillas o estar pendientes de la disponibilidad de los inyectables.

“A mí lo que me pasó es que la opción del DIU la tomé acá (efector de AMEU)... Yo me iba a ir por el inyectable, pero como me dijeron que el inyectable tampoco estaba, entonces es como que me contradijo... Y acá me terminó de cerrar... Me lo habían explicado y

me terminó de cerrar. Entonces tomé la opción del DIU”. (6, Maía, 36)

“Me ofrecieron todos los métodos, pero como que ella me recomendó el DIU, porque al terminar el proceso ya me lo ponían, como que iba a ser más rápido, y lo sentí más seguro porque yo también he tomado pastillas pero por ahí había veces que no la tomaba, o tomaba dos juntas, entonces como que no tenía mucha constancia y preferí eso también para estar un poco más segura”. (19, Cintia, 21)

“Sí, me ofrecieron el DIU, que fue lo que elegí justamente para también estar más tranquila. Porque las pastillas tenés que cumplir horarios, no tenés que olvidarte. También era algo que no me permitía económicamente solventar, se me estaba haciendo difícil, así que elegí el DIU...” (22, Laura, 26)

Me ligué, no voy a volver a pasar por esto...

En el caso de Florencia luego de la interrupción solicitó la ligadura tubaria, pudiendo acceder a ella en un plazo menor a 3 meses, situación que no es habitual al interior del sistema de salud. Si bien la anticoncepción quirúrgica es ley (Nº 26.130), desde el año 2006, sigue siendo una barrera acceder a esta práctica, mayoritariamente por prejuicios y barreras de las/os profesionales de la salud. En un estudio realizado por Del Río Fortuna, las/os profesionales encuentran “conveniente” la ligadura tubaria solo para determinadas mujeres, como ser aquellas para las que un próximo embarazo implica un riesgo para su salud o su vida en función de los antecedentes obstétricos y/o patologías, incluso muchas veces dilatan o niegan la realización de esta técnica argumentando diferentes motivos como la poca paridad, la edad temprana, el riesgo quirúrgico, la posibilidad de arrepentimiento y la irreversibilidad del método, hasta en algunas oportunidades solicitan el consentimiento de las parejas, situación claramente no contemplada en la ley. Se observa entonces el ejercicio en buena medida discrecional del poder biomédico, y una escasa fiscalización de sus prácticas por parte de las agencias estatales responsables (del Río Fortuna, 2013).

“... Lo hablé con la dra... después de esto, ya está, me quiero ligar, no quiero volver a pasar por esto, porque también me doy cuenta que era muy fértil, demasiado fértil, entonces no voy a correr ningún riesgo

más, porque ya tenía claro que madre no quería volver a ser, y soy joven, tengo 30 años, me preguntaron, vos estás segura, y dije que sí y me ahí me ligué”. (15, Florencia, 30)

La consejería como vínculo

La consejería es un espacio de intercambio de información y de toma de decisiones. Como tal, tanto en los centros de salud como en las consejerías hospitalarias, deberían tomar en cuenta estándares de calidad en torno a las habilidades comunicacionales de los equipos, los contenidos que deben incluirse y promover la integración multidisciplinaria cuando se necesite. N. Mateo afirma en su trabajo de investigación que “no todo asesoramiento médico es un acompañamiento real del proceso, en la mayoría de los relatos se sostiene que el acompañamiento médico solo fue confeccionar la receta e indicar cómo debería ser el uso de la medicación” (2024, p. 143).

A continuación se analizan las experiencias del aborto de las entrevistadas, haciendo énfasis en la experiencia del dolor como indicador de calidad. Independientemente de la modalidad de servicio, debe haber una comunicación clara a la mujer o persona gestante sobre el dolor que puede experimentar, el cual puede variar en función de la percepción y la tolerancia. En cualquier caso, se le debe proporcionar información sobre el tratamiento del dolor y se debe garantizar el acceso a los medicamentos adecuados (Milone et. al, 2024). Por otro lado, por ejemplo se debe considerar la conformación de equipos interdisciplinarios sensibilizados para aliviar el dolor en la práctica de AMEU.

- Experiencia del aborto

Las experiencias sobre el aborto son necesariamente singulares, y esto podría tener que ver con la información recibida, con la experiencia de dolor previa, con los tratamientos otorgados para el dolor, con la situación subjetiva, etc.

El dolor es el efecto secundario reportado más común del aborto con medicamentos. (Fiala et .al, 2014) Es posible que exista incomodidad y dolor durante el proceso de aborto tanto con medicamentos como durante la AMEU. Todos los cuerpos y experiencias son distintas, por lo que las sensaciones pueden variar de intensidad, ya que también están atravesadas por los significados del dolor y el umbral o resistencia al mismo (López, 2023).

El dolor durante el aborto con medicamentos suele compararse con el dolor menstrual, o a veces con el dolor del parto. Depende entre otras cosas de las experiencias propias como es vivido ese dolor. La gran diferencia es que durante un aborto con medicamentos, el misoprostol produce contracciones, que pueden ser moderadas o intensas, y dependiendo de la edad gestacional, habrá un sangrado más abundante con presencia de coágulos y restos ovulares (López, 2023). Por otro lado, el misoprostol genera otros efectos adversos que pueden ser desagradables, como náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos y algún registro febril.

En relación a la práctica de AMEU, Ipas recomienda para todas las personas, el uso combinado de bloqueo paracervical (anestesia local) y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) antes del procedimiento para el manejo del dolor (Ipas, 2022).

En algunas entrevistadas el dolor aparece como una preocupación o miedo previo a la realización del aborto, incluso siendo determinante en la elección del método, y se presentan diferentes puntos de vista a cerca de qué método es más doloroso.

“Y no sé, porque todos dicen que la pastilla es más dolorosa”. (13, Clara, 22)

“el tema de las pastillas era como que... era mucho más doloroso”. (19, Cintia, 21)

“Y porque el aspirado me suena que capaz que hay más dolor, o no sé” (1, Anahí, 31)

Duele como tener un parto...

En las entrevistadas que realizaron el aborto con medicamentos (misoprosotol solo o mifepristona más misoprostol) aparece cierta heterogeneidad en relación a la percepción del dolor, por ejemplo Celina manifestó mucho dolor, incluso asemejándolo con un parto:

“...es como tener un parto, la misma sensación. Tengo un hijo de 8 años y pasé lo mismo. Tuve mucho dolor. Tomé paracetamol durante el transcurso del día, para que se reduzca el dolor que tenía”. (11, Celina, 24)

Es una recomendación clínica, que sin duda mejora la calidad de la atención, ofrecer medicamentos para el dolor a todas las personas que reciben servicios de aborto con

medicamentos. En el caso de Celina refiere que tomó paracetamol, sin embargo según las actualizaciones clínicas de Ipas, el mismo no está recomendado, pudiendo haber sido esta la causa de presentar mayor dolor. Las recomendaciones son los AINES como el ibuprofeno, de manera profiláctica o cuando empiezan los cólicos (Ipas, 2022).

En el caso de Ana, el dolor asociado a la fiebre la llevó a consultar a una guardia, donde refiere que requirió un legrado. Cabe preguntarse sobre la comunicación en la consejería, ya que la fiebre y el dolor durante el uso de misoprostol son parte de los síntomas esperables, siendo tal vez una consulta innecesaria, exponiéndose a tratamientos no recomendados. De todos modos, se puede interpretar que por haberse realizado en guardia y con anestesia local es probable no le hayan realizado un legrado sino una aspiración por un aborto incompleto.

“Cuando tomé la segunda pastilla de misoprostol me empezó a doler mucho la panza y a subir la fiebre... Y ahí nos fuimos al Hospital, y me atendieron rápido. No había terminado de sacar todo, entonces me hicieron un legrado y me pusieron suero”. (9, Ana, 28)

No fue tan doloroso...

En contraposición, otras entrevistadas que realizaron tratamiento con medicamentos, si bien manifestaron que tuvieron dolor, el mismo no fue tanto o pudieron calmarlo con analgésicos o medidas no farmacológicas. Las actualizaciones clínicas de Ipas (basadas en una revisión bibliográfica) recomiendan medidas complementarias no farmacológicas para mejorar la comodidad de la persona durante el aborto con medicamentos. Sugieren educación integral sobre el dolor y sangrado esperados, generar un ambiente de apoyo, y aplicar una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre el abdomen bajo (Ipas, 2022).

“Tuve un poquito de dolor... pero me puse una bolsita de agua caliente y tomé ibuprofeno cada seis horas, así que más o menos con eso fui muy bien”. (1, Anahí, 31)

En los relatos de las mujeres aparecen las explicaciones que recibieron de las médicas, pudiendo esto haber favorecido la calidad del cuidado, afirmando que se les explicó sobre el dolor y cómo calmarlo. Se evidencia nuevamente la recomendación del uso de paracetamol, pudiendo ser una mala indicación médica o una confusión de las mujeres.

*“...dentro de todo no me dolió tanto, me dijeron que me iban a agarrar muchas contracciones, y dentro de todo fue como normal”.
(2, Julia, 23)*

*“... la primera tableta no, a la segunda sí ya empecé con dolores fuertes, como de ovarios, así como cuando estás por menstruar, fuertes, más fuertes que eso, pero lo pasé bien, no fue tan doloroso”.
(17, Andrea, 24)*

“La doctora me dijo que podía tomar paracetamol para el dolor, por si me agarraba un dolor fuerte o algo de eso. Pero la pasé bastante bien, por suerte”. (10, Emilia, 27)

Duele, un poco duele...

Las entrevistadas que realizaron la interrupción del embarazo con el procedimiento de AMEU refieren que “algo sintieron” durante el mismo, que fue desde leves molestias, hasta un dolor más intenso. Según la revisión realizada por Ipas (2022) “la mayoría de las personas que tienen una aspiración endouterina tendrá dolor. La depresión o estrés emocional antes del procedimiento, o edad gestacional de más de 10 semanas, están asociados con más dolor durante la aspiración endouterina, mientras que tener una historia de parto vaginal está asociado con menos dolor. También afirman que “los profesionales de salud tienden a subestimar la intensidad del dolor que la persona siente durante el aborto”.

Agustina, Nadia y Maia que realizaron AMEU afirmaron que sintieron desde molestias hasta un leve dolor, sin que esto les impida luego continuar su día. Incluso en el caso de Maia la rápida recuperación post procedimiento le permitió ir a trabajar.

“...fue tolerable.. Me habían dicho que me iban a poner anestesia, pero sí, duele un poco”. (16, Agustina, 28)

“También es un proceso, duele. Duele, molesta, o sea, no es un dolor insostenible, pero... Sí, sentís”. (14, Nadia, 42)

“No, no fue un dolor así fuerte. Sentís el dolor cuando ya estaba casi por terminar ... ahí sentí, pero después no. Después sí, obviamente los dolores tipo cuando uno está menstruando, pero más de eso no.

Porque yo salí y me fui a trabajar. Porque si o si tenía que ir. Pero tuve un día normal...” (6, Maia, 36)

No sentí nada...

Clara e Inés que también realizaron la práctica de AMEU, incluso habiéndose expuesto a ver videos que habitualmente son fuentes de prejuicios y mala predisposición, afirmaron que no sintieron nada.

“No sé, yo tenía miedo, porque estuve viendo videos...Y veía en los comentarios que decía que dolía mucho, pero yo no sentí nada, nada. Re bien, no me dolió nada.” (13, Clara, 22)

“...Me explicaron todo... Durante la AMEU.. no, para nada, no sentí dolor”. (21, Inés, 2)

La enfermera me dió la mano...

Como se mencionó anteriormente, Ipas (2022) afirma que el uso de medicamentos y la anestesia local se debe complementar con técnicas de apoyo para disminuir el dolor y la ansiedad, y entre ellas están: explicar el procedimiento; realizar el mismo en un entorno limpio y privado con personal que brinde apoyo; brindar apoyo verbal; utilizar una técnica suave y eficaz; y aplicar una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre el abdomen bajo en la sala de recuperación.

El vínculo que se establece entre el equipo y las mujeres mejora la calidad del cuidado, en concordancia con el estudio realizado por Bercu y otros, en donde “las participantes resaltaron la importancia de la atención interpersonal brindada con acompañamiento, empatía y contención” (Bercu et. al, 2022).

En los servicios de AMEU, durante los procedimientos, es clave el rol de enfermería, ya que son quienes brindan la mayor información de lo que se va a ir realizando (“el paso a paso”), hasta en muchas oportunidades ofrecer técnicas no farmacológicas como dar su mano durante el procedimiento o preguntar si quieren escuchar música. Se trata en todo caso, de intervenciones subjetivantes en la línea de lo que E. Merhy (2006) conceptualiza como tecnologías blandas, tecnologías relacionales donde opera la dimensión de la ternura.

“...La enfermera me daba la mano en el último momento, porque cuando lo estaban haciendo, en un momento la médica cortó, chequeó con el ecógrafo que haya salido todo y se ve que quedaba, así que me dijo: vamos con lo último, respira hondo, y vino la enfermera, me dio la mano, así que respire hondo y eso último molesto, como unos cólicos sentí”. (3, Sofía, 23)

Me explicaron todo...

Previo a la sanción de la ley primaba la falta de información, y “la mayoría de las mujeres manifestaban que no se les explicó nada”... (Mateo, 2024, p.141). Cintia, Carolina, y también Inés en cambio le dieron relevancia a cómo se les explicó el procedimiento antes y durante el mismo, destacando nuevamente que la comunicación, la información completa y la atención sin prejuicios son claves en las experiencias del aborto.

“No me dolió absolutamente nada, me gustó que también las chicas todo el tiempo me decían, es mi mano, es esto, es lo otro, explicándome qué me introducía, por el mismo miedo... porque tuve miedo, pero me ayudaron un montón...” (19, Cintia, 21)

“...Tuve muy poquito dolor cuando me pincharon. Bastante bien. Por suerte me explicaron todo, las doctoras eran muy buenas... Eran pacientes. Mientras que estaba el proceso como que me hablaban para yo distraerme o estar bien.” (4, Carolina, 20)

En estos relatos se puede ver que prima la paciencia y la humanización, que es posible y sumamente importante que las mujeres no sean tratadas como un objeto a intervenir sino como personas.

- No existe cuidado sin la instauración de un vínculo

*Cuidar implica generar un lazo, un vínculo que permite que el aborto abandone el aislamiento y la individualidad para devenir en un acontecimiento colectivo.
(Burton; Peralta, 2021)*

Un indicador de calidad en el proceso de atención-cuidado que es el vínculo intersubjetivo. La práctica del aborto no puede aislarse del vínculo en el cual se produjo.

Investigaciones citadas anteriormente (Michalewicz, 2014, p. 222 y Bercu et. al, 2022) concluían que el sistema de atención en salud reproduce una lógica violenta y estigmatizadora, y que las usuarias/os suelen manifestar falta de interés y responsabilidad por parte de las/os profesionales.

La Ley de IVE cuenta con el artículo específico de trato digno, donde especifica que se deben respetar las convicciones personales y morales de las personas, y que las decisiones no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales o religiosas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.

No me sentí juzgada...

Florencia, Marina y Cintia manifestaron no sentirse juzgadas. Sin duda las expectativas subjetivas en relación a la calidad en el proceso de atención-cuidado estaban teñidas de miedo a la sanción o el señalamiento. Recibir un trato digno fue clave en su proceso de atención. Cabe resaltar que en este sentido varias entrevistadas valoran ese trato representado a través del acompañamiento, la escucha, el diálogo y pequeños gestos que permitieron inscribir esa práctica de una forma más cálida o amorosa:

“Sí, yo me sentí muy acompañada, no me sentí juzgada, en absoluto, todas fueron sumamente amorosas, me re acompañaron”. (15, Florencia, 30)

“Bien, por suerte me atendieron bien, me sentí escuchada, me sentí apoyada y eso es lo importante también. Que no te juzguen...” (12, Marina, 24)

“... después la atención cuando salí, te ofrecen algo para tomar, como que te tratan de poner en un ambiente, de que te hacen sentir que lo que estás haciendo no está mal, y nada, no fue lindo, porque no es lindo en ningún momento, pero se sintió mejor de lo que pensé... y me sentí segura, fue lo más importante”. (19, Cintia, 21)

En el caso de Cintia, no tenía buenas expectativas en relación al trato que iba a recibir. Tal vez cabe analizar con mayor profundidad si no existe una sobrevaloración del trato que recibió pensando en que las expectativas en relación a la calidad en el cuidado eran muy pocas. Las expectativas de cuidado están sin duda atravesadas por el resto de las atenciones en

salud, sobre todo deshumanizadas desde antaño. Seguramente esas experiencias más allá del aborto, podrían predisponer a las usuarias a recibir un mal trato también en la atención del aborto, incluso peor en esta ocasión a causa de prejuicios. La calidad no es solo competencias técnicas sino calidez en el vínculo y ello resulta como inesperado.

Una atención muy cálida...

Muchas veces el cuidado aparece en los relatos a partir de gestos que no eran esperados por las propias mujeres. La calidez y el acompañamiento se configuran como elementos claves en la experiencia del aborto. Las mujeres hablan de amor, de cuidado, de escucha y de seguridad.

Crear un ambiente cálido, y ofrecer música durante el procedimiento de AMEU puede ser aliviador. Laura manifiesta que necesitaba un lugar donde pueda sentirse tranquila, y Eliana refiere que se sintió muy acompañada.

“Sí, desde el primer día, la verdad que recibí una atención muy cálida, creo que necesitaba un lugar en el que me pueda sentir también tranquila... (22, Laura, 26)

*“...Me sentí muy acompañada y aparte un amor de las doctoras...”
(20, Eliana, 30)*

Le pedí que ponga el indio...

Dentro de las medidas no farmacológicas para el tratamiento del dolor, la música es buen recurso, sobre todo cuando se trata de actos de salud subjetivantes. La música no es “cualquier música”, es una música que elige la mujer y hace sentido para ella. En el caso de Sofía pidió escuchar una banda que le gusta y le permitió sentirse cómoda.

“...Cuando me estaba por acomodar en el asiento, me dijo que ella para crear un ambiente cómodo entre la paciente y ella, solía poner música, así que me preguntó si quería escuchar algo en especial, le pedí que me ponga “el indio”, porque me encanta el indio, así que me sentí re cómoda, muy cómoda”. (2, Sofía, 23)

En el manual de buenas prácticas de calidad en servicios de aborto, Milone y otros (2024) resaltan dos espacios de análisis. Por un lado, aquel relacionado con “qué hacer”,

correspondiente a las tecnologías como la infraestructura, la disponibilidad de insumos, la capacitación del personal de salud. En este sentido podría destacarse que las mujeres entrevistadas manifestaron que se les ofreció el método de aborto, dando cuenta de la disponibilidad de insumos (medicamentos y AMEU), incluso destacándose la práctica de AMEU, recurso no disponible en otras provincias. Y otro aspecto de la calidad, lo definen con “*cómo hacerlo*”, haciendo referencia al trato respetuoso, la provisión de información clara y comprensible en la consejería, el respeto por la autonomía de las personas usuarias, la comunicación atenta. Y en este punto cabe destacar que las mujeres entrevistadas, no solo manifestaron que recibieron información clara y precisa, sino que hablaron de calidez, acompañamiento, seguridad, amor y contención.

Sentipensares del aborto

En varias entrevistadas los afectos sobre el aborto están teñidas de culpa y sufrimiento, aun teniendo la Ley 27.610 y habiendo ellas hecho uso de la misma, el aborto sigue configurándose como algo que no está bien hacer ni repetir. Afirman Lenta y Longo (2025) *“a pesar de las transformaciones en el plano social general acerca de la despenalización, en el plano de lo íntimo insiste cierta sensación de que se trata de una cuestión que no resulta tan fácilmente de compartir ante el peligro de ser juzgadas por otras personas. De allí que persistan afectos como la vergüenza y la culpa por no haber evitado el embarazo no deseado o sorpresivo, que podrían relacionarse con el tabú sobre la sexualidad de las mujeres e, incluso, cierto castigo y estigmatización por su ejercicio de la sexualidad”* (p. 8).

Estoy interrumpiendo una vida...

“No importa si la mujer tenga o no hijos, su género la vincula a la maternidad, decida o no ser madre, porque será nombrada como función y no como opción personal”.
(Murillo, 1996)

Para las mujeres nunca es una operación banal, se juegan no solo el carácter legal y la complejidad médica, sino la fuerza simbólica del acto de abortar (Klein, 2013). Florencia y Emilia si bien fueron conscientes de su decisión, ambas consideran que no quisieran volver a pasarlo.

“.. y por qué no, a ver, yo soy mamá, y estoy interrumpiendo un embarazo, o sea, es decisión mía, soy totalmente consciente y todo,

pero estoy interrumpiendo una vida, y bueno... también sufrí un poquito el procedimiento, pero bueno, por eso después decidí no voy a pasar más por esto, me ligo las trompas y listo, o sea, no quería que me vuelva a pasar.” (15, Florencia, 30)

“Me llevó tiempo, no estaba segura porque es algo que a mí no me gusta hacerlo. Pero bueno, como estaba mal lo hice. Cometer otra vez el mismo error, no lo haría, ya tuve la experiencia está, pero no, no lo haría otra vez” (10, Emilia, 27)

Por otro lado, Nadia hace hincapié en la prevención, y en las posibilidades que pueden tener las mujeres para prevenir un embarazo no deseado, y considera que el aborto no debería ser una práctica habitual. Aparece la contradicción de estar y no estar de acuerdo, incluso cuando pasa por el propio cuerpo.

“Porque sí estoy de acuerdo, pero para cosas muy particulares. Pero antes de tener un embarazo tenés un montón de cosas para prevenir y no quedar embarazada, vos venís al centro de salud, te dan pastillas, te dan inyecciones, te podés poner un DIU, te podés poner un chip, o sea, hay mil cosas. Entonces, por eso, estoy de acuerdo y no estoy tan de acuerdo de ir por la vida y bueno, quedo embarazada y me lo saco.” (14, Nadia, 42)

Maia también considera que no fue algo lindo, pero puede manifestar que depende de la situación que esté atravesando cada mujer y qué es una decisión personal.

“Sí, porque esto no es todo bueno, no es lindo lo que vos venís a hacer. Yo lo tomo por el lado más de mi salud y por querer estar bien, pero por ahí si vos estás en otra situación es distinto, juegan más sentimientos, me parece. No es lindo, pero bueno, es una decisión que vos tenés que tomar a raíz de lo que a vos te está pasando en ese momento.” (6, Maia, 36)

Yo me siento mucho más tranquila...

En el otro extremo de sensaciones, aparecen varios relatos en donde no solo no aparece la culpa, sino que aparece alivio y tranquilidad. Un desafío del feminismo y de los

servicios de salud es mantener en discusión el aborto como práctica aliviadora, y no como traumatizante o culpabilizante.

“Sí, mucho más tranquila. Viste que hay personas que se sienten culpables. No, yo no me siento culpable ni nada”. (13, Clara, 22)

“Sí, me siento mucho más tranquila, mucho más tranquila”. (21, Inés, 28)

“Me fui más tranquila a pesar de lo que vine a hacerme”. (5, Alejandra, 39)

La noción de “sentipensar” apuesta por estrategias que reconocen que es posible aprender a sentir corporalmente e interafectivamente. El sentipensamiento favorece una concepción formativa, en la que el aprendizaje es mucho más significativo y útil para afrontar las situaciones reales y transformarlas. La calidez y comodidad generadas por las/os profesionales, la calidad provista para sentir alivio, atienden a los prejuicios en relación al aborto para contrarrestarlos por el peso que culturalmente aún mantiene.

CAPÍTULO 7 - Discusión y conclusiones

Explorar las perspectivas de las mujeres que transitaron la experiencia de un aborto en efectores de la red de salud municipal de la ciudad de Rosario con posterioridad a la sanción de la Ley 27.610 de IVE, fue sin dudas un desafío. En primer lugar, por mi historia de implicación con la temática; tanto de militancia como de mi práctica profesional siendo médica de un servicio de aborto. Y en segundo lugar por mis limitaciones a la hora de llevar a cabo entrevistas abiertas, que desde mi punto de vista tuvieron un alcance limitado por mi propia formación. Más allá de estas consideraciones, fue posible cumplir con los objetivos propuestos, produciendo información rica sobre las experiencias de las mujeres que abortan, y pudiendo tomar distancia de lo que es mi práctica cotidiana como médica para comprender la perspectiva subjetiva de las usuarias.

La sanción de la Ley 27.610 de IVE fue sin duda un logro del movimiento de mujeres, de esa marea verde, que quedará en la memoria de muchas de nosotras. Haber sido parte de tantos años de debate, lucha, e investigación, tuvieron su fruto aquel 30 de diciembre del 2020 cuando la pandemia Covid-19 nos agobiaba. Desde entonces, llevamos 4 años y medio desde la sanción de la ley y algunos avances se han podido evidenciar a nivel agregado a partir de los informes implementAR de la ex DNSSR y también a partir del monitoreo del Proyecto Mirar. Complementariamente, esta tesis buscó contribuir al conocimiento sobre la implementación de la ley desde una perspectiva cualitativa, focalizada en experiencias de mujeres que abortaron en 2024 en la ciudad de Rosario.

“Que las mujeres recuperaran su cuerpo constituía un paso fundamental y estratégico para la conquista de la autonomía, la autodeterminación, la libertad de las mujeres, y para remover uno de los puntos centrales en los que se asienta el patriarcado, el control del cuerpo de las mujeres mediante el control de su sexualidad y sus capacidades (no) reproductivas”. (Brown, 2008, p. 275)

Escuchar la voz de las mujeres, sus vivencias y recorridos apeló a salir de la institucionalización, la despolitización y la medicalización del reclamo, permitiendo hacer escuchable una práctica que es profundamente política, analizando quiénes son las mujeres que abortan, qué aspectos de su vida influyeron en la toma de la decisión, y cómo evalúan el acceso y la calidad en el proceso de atención-cuidado.

El proceso de toma de decisiones ha mostrado ser complejo para casi todas las mujeres entrevistadas, viéndose atravesado por las desigualdades estructurales que atraviesan, en interrelación con otros determinantes sociales. Las mujeres entrevistadas abortan a pesar de la culpa, y lo hacen porque muchas veces no tienen para comer, porque no tienen trabajo o porque no lo quieren perder, porque tienen otro proyecto de vida, porque sus parejas las abandonaron, porque sufren violencia de género, porque tienen un problema de salud, porque no quieren ser madres o simplemente porque quieren. Cuando una mujer decide abortar, es muy probable que lo realice más allá del marco legal y de las posibilidades que brinde el sistema de salud. Incorporar la perspectiva de género es entender que las mujeres abortan porque están atravesadas por la interacción de muchos factores sociales.

Resulta interesante resaltar que por las características de mi implicación en esta tesis, relacionadas con mi práctica como médica y testigo de las (in)definiciones de las políticas públicas, partí de ciertos prejuicios en relación a los modos de acceso y calidad en la atención del aborto. Los resultados evidencian que las políticas de aborto no solo son efectivas, sino que también impulsan cambios en los modelos de atención de salud que podrían aplicarse a otras problemáticas.

Afirma Aragon Gaviria que “una parte importante del estrés en el trabajo de cuidado profesional proviene de la tensión entre los ideales y las prácticas”. (Aragon Gaviria, 2011, p.102). Personalmente, y también podría expandirse a otras/os profesionales que trabajan a conciencia en la atención del aborto, partimos de un ideal en la forma en la cual concebimos los modos de atención en salud en general y del aborto en particular. Ideales que surgen de entender qué la salud está determinada socialmente y qué por lo tanto los modos de atención implican abordajes complejos basados en la equidad, la participación comunitaria y la justicia social. Cuando esos ideales de modos de acceso y calidad no se garantizan por múltiples barreras, generan frustración. Sin embargo, cuando una se aleja, y puede mirar desde afuera estableciendo comparaciones con otras regiones del país, se puede evidenciar y valorar lo construido.

Un primer hallazgo señala que las mujeres entrevistadas transitaron de forma efectiva la red de servicios de salud disponibles y valoraron positivamente la atención recibida. A pesar de que en Rosario hoy en día conviven múltiples efectores de salud con diferentes criterios de acceso y modalidades de atención, todas las mujeres entrevistadas pudieron

acceder y no identificaron grandes barreras en la atención. A continuación se presentan algunas con el fin de visibilizarlas para poder aportar en su transformación.

Afectos como la desesperación, el miedo y la culpa se presentaron en varias entrevistas de forma directa e indirecta. A pesar de la legalización de la interrupción del embarazo persiste la oscuridad y el estigma social en torno al aborto. Establecer campañas comunicacionales con *la difusión de la ley* permitiría contrarrestar y desarticular los sentimientos negativos que aún transitan las mujeres que abortan.

Según lo recabado durante las entrevistas, los centros de salud de atención primaria se presentan como el principal lugar de acceso a las IVE/ILE. Sin embargo, los mismos no logran enunciar ni visibilizar con suficiente claridad los días y horarios de atención específicos para esta temática. Esta situación expone a las mujeres a peregrinar por efectores de salud con pérdidas de tiempo innecesarios, teniendo que afrontar gastos de su bolsillo (por traslados, por compras de medicamentos, etc), o hasta en el peor de los casos al contacto con grupos antiderechos y abortos inseguros. La falta de información disponible en los servicios de salud, en varias entrevistas es subsanada por referencias de allegados/as, sorteando la angustia e incertidumbre que prevalece ante la desesperación. La *falta de información sobre dónde y cómo consultar* se estructuran como otra barrera en el acceso, a través de la heterogeneidad y la poca claridad que ofrece el sistema de salud tanto en los centros de salud como en las consejerías hospitalarias.

La saturación del sistema de salud obstaculiza hoy en día la llegada de las mujeres a un turno programado en general y a la solicitud de una IVE en particular. Lo mismo sucede con la solicitud de estudios complementarios, como las ecografías. Y acá cabe preguntarse ¿cómo se define la urgencia en salud? ¿Por qué los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos no se contemplan como urgencias? La *falta de turnos médicos en los CS* son otra barrera en la atención. Si no se visualizan y generan espacios de atención específica con días y horarios puntuales, o se establece la atención de esta problemática sin turnos, las personas circulan por diferentes efectores hasta lograr un turno para acceder a una IVE.

El modelo de atención de la ciudad de Rosario está basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, lo que implica que las acciones del sistema de salud están organizadas en función de las necesidades de la población. Para ello, se considera central partir de donde las personas viven. Abogar por la descentralización de las atenciones en salud, y que las personas accedan a la solicitud de una IVE/ILE en los CS más cercanos a sus

domicilios, debería ser la meta. Sin embargo, en estos contextos de tanta hostilidad hacia las políticas de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, se deberían poder repensar los modos de acceso. En primer lugar garantizando, como se mencionó anteriormente una clara difusión de la ley y cuáles son los mecanismos para acceder a través de folletería y cartelería. Pero también en este contexto, cabe revisar la necesidad de conformar espacios específicos de atención (consejerías ad-hoc con días y horarios con relativa uniformidad en los CS) o la visibilización de mecanismo de acceso a la atención para IVE/ILE sin turno previo. A su vez, cabe reconocer que en el presente estudio, las mujeres que fueron atendidas en el ámbito hospitalario, a través de las consejerías, manifestaron conformidad en el acceso y la calidad de los cuidados recibidos.

En relación a la calidad en el proceso de atención-cuidado, se analizó el aseguramiento de los insumos para la garantía de un aborto seguro, la atención integral y continua, y la consejería como espacio de encuentro entre mujeres y profesionales, aspecto clave en la valoración de la calidad de atención.

Las mujeres entrevistadas tuvieron a su alcance métodos seguros, e incluso en la mayoría de los casos pudieron elegir con qué método abortar (medicamentoso o AMEU), relatando buenas experiencias. La *disponibilidad de insumos* desde la sanción de la ley en el año 2020, estuvo a cargo de la ex DNSSR, quedando demostrado que hubo distribución de los medicamentos recomendados y de los insumos necesarios para la práctica de AMEU. Actualmente, esta situación ha quedado a cargo de las provincias, siendo heterogénea la capacidad de respuesta de cada una de ellas. La provincia de Santa Fe a través del laboratorio LIF, sostuvo la producción de los medicamentos esenciales para el aborto (mifepristona y misoprostol), permitiendo sostener la política de aborto en los diferentes municipios de la provincia. Esta situación merece un reconocimiento y un estado de alerta en la garantía de continuidad.

Algunas mujeres pudieron consultar para la IVE en sus CS de referencia en el marco de una atención integral con sus equipos de cabecera, y en otros casos fue garantizando en una CH sin continuidad posterior en el proceso longitudinal de atención. Más allá de esto, en ambas modalidades pudo destacarse que se brindó información sobre los métodos anticonceptivos (MAC) postaborto, pudiendo acceder a los mismos posterior al procedimiento de IVE. Si bien la *atención integral y continua* en las entrevistadas fue heterogénea, se evidencian intenciones del logro de la misma.

La mayoría de las mujeres entrevistadas reconocieron el acompañamiento por parte de las/os profesionales sin juzgamientos ni culpabilización. Aparte de los equipos de salud, quedó demostrado en las entrevistadas que el proceso de toma de decisiones, puede ser aliviado si se cuenta con redes de apoyo. Las madres y las amigas fueron las más nombradas a la hora del acompañamiento, pero también las parejas y otras personas del grupo familiar. Quedé tal vez pendiente revisar aquellos efectores donde aún persisten profesionales donde prima su creencia religiosa o moral como fue el caso del ecografista que violentó a una de las mujeres. La *consejería como espacio de intercambio de información y de toma de decisiones* quedó manifestado durante las entrevistas a partir del trato respetuoso, la provisión de información y el respeto por la autonomía.

Cabe resaltar que ninguna de las entrevistadas manifestó haber sido acompañada por redes de mujeres o las propias socorristas. Según el estudio realizado por Ibis y la Colectiva Feminista La Revuelta en 2024, aún se mantienen las articulaciones en varias provincias del país entre socorristas y equipos de salud. Me pregunto qué fue de los acompañamientos socorristas de los cuales tanto aprendimos y tan valorados eran por las mujeres, y cómo influyó la sanción de la ley y las políticas de aborto en el sistema de salud de Rosario para que se desarticulen estos acompañamientos. Sin duda, no es solo con un Estado con una alta diferenciación funcional y jerárquica, sino con la interacción de más actores sociales que se pueden mejorar las políticas públicas, tal vez retomando esas voces de acompañamientos feministas, incluyendo a las/os profesionales de la salud que garantizan abortos, tomando la experiencia propia de las mujeres que atraviesan procesos de abortos, junto con las organizaciones sociales y el movimiento de mujeres. Róvere (1999), médico sanitarista, propone la planificación estratégica en salud como “el ejercicio de reflexión-acción que uno o más actores sociales realizan, a partir de su experiencia, para diseñar intervenciones o mejorar sus prácticas, considerando la producción social como consecuencia de la interacción de fuerzas sociales que concurren en algún punto de aplicación”.

Si bien esta tesis no evaluó la política pública de aborto en su nivel estructural, la bibliografía consultada para revisar la calidad en la atención del aborto, incluye dimensiones que complementan a las basadas en los datos cualitativos, como ser la información de gestión, la formación de recursos humanos y la certificación de calidad.

A nivel nacional, la ex DNSSR ha realizado *informes de gestión* y otros documentos técnicos para dar lineamientos y seguridad en la atención del aborto durante los primeros 3

años desde la sanción de la ley a través de los documentos ImplementAR, sin embargo con el nuevo gobierno abiertamente anti aborto, esta rectoría se encuentra suspendida.

A nivel local, la información de gestión es un gran déficit de la SSP. Al día de finalización de este trabajo no se logró contar con información fidedigna del total de IVE/ILE realizadas, ni los métodos utilizados. La heterogeneidad de los registros en los diferentes efectores y las deficiencias de los datos que aportan los sistemas de registro impiden generar esta información. La SSP solo cuenta con el número de recetas de dispensa de misoprostol o mifepristona y misoprostol como aproximación para valorar la cantidad de procedimientos de IVE/ILE con medicamentos. Sin embargo, estas recetas no pueden correlacionarse con un aborto médico por varios motivos: porque es una medicación que se puede utilizar para otro fin (aborto incompleto, huevo huero, preparación cervical para parto, etc), porque puede suceder que la persona retire la medicación y no la utilice, o a veces puede ser que una persona realice 2 tratamientos (por falla) y se duplique la información. En relación a la práctica de AMEU, hay registros de cada efector de salud donde se realiza esta práctica, sin que eso necesariamente se transforme en una información integral de la gestión. Poder contar con información de gestión vinculada a la cantidad de abortos realizados y a los perfiles sociodemográficos de las mujeres que solicitan una IVE/ILE, constituirían insumos valiosos para seguir profundizando en políticas públicas que garanticen equidad en el acceso y calidad en los cuidados de personas que abortan.

La *formación de recursos humanos* también fue heterogénea en los últimos años tanto en el país como en la provincia. Según Faúndes “la capacitación puede promover un cambio positivo en la actitud de los prestadores de servicio, pero estos solo adoptarán una actitud más comprensiva si la sociedad en su conjunto modifica su posición” (2011, p.216). Si bien la ex DNSSR informa que en el año 2023 diseñó e implementó capacitaciones dirigidas a equipos de salud y público general en el territorio nacional, las mismas continúan siendo deficitarias y dependiendo de la voluntad de las/os trabajadoras. Al interior de la red de salud pública municipal, se puede afirmar por la experiencia propia, que la SSP ha realizado capacitaciones a las/os profesionales de la salud en diferentes momentos pre y post ley, sin embargo nunca han sido prioritarias ni obligatorias para todo el personal de salud, como quedó evidenciado en el profesional que violentó a una de las mujeres entrevistadas durante la ecografía. Sería necesario retomar espacios de sensibilización y capacitación, teniendo en cuenta no solo por el contexto anti políticas de género, sino también por las actualizaciones clínicas que se presentan cada año. Venimos evidenciando la falta de profesionales con interés y

especialización en la temática en cada CS y CH. Si bien la atención de un aborto no requiere mayor complejidad, y puede realizarlo un/a médico/a no especialista, requiere de cierta formación y sensibilización. Es un pendiente el trabajo con los equipos de salud acerca de los sentimientos en relación al aborto. Muchas veces cuestiones morales, religiosas o incluso déficit de formación se transforman en una barrera.

Y por último la *certificación de la calidad* también es escasa. Hay poca comunicación entre quienes gestionan las políticas públicas y quienes las garantizan. Tampoco existe una rectoría externa que audite los procesos de atención, el acceso ni la calidad de atención.

Para cerrar...

Si bien el aborto desafía la cultura patriarcal, aun con la sanción de la ley que ha permitido dar legitimidad a la práctica, persisten sentimiento de culpa y sufrimiento, y barreras en el acceso que repercuten en la calidad del proceso de atención-cuidado del aborto. El trabajo aportó información que permite continuar disputando los discursos de odio, y también pensar qué políticas públicas aún faltan para una real implementación de la IVE/ILE con perspectiva de género, que discuta las relaciones desiguales de poder que existen entre las mujeres y los varones en el mundo (Belli, 2019).

La medicalización ha acentuado el problema del aborto como un problema de inequidad anclado desde un paradigma positivista, unicausal y biomédico, manteniendo el debate dentro de los umbrales de tolerancia del patriarcado. Al día de hoy cantamos en las marchas “*aborto legal para no morir*”, reclamando el derecho al aborto centrando el problema en la mortalidad. Incorporar la perspectiva de género, tiene que ver con entender al género como determinación social de la salud. La determinación social de la salud discute el modelo unicausal, donde no se cuestionan las relaciones generales de poder causadas por la sociedad de mercado, ni se vinculan los modos de vivir históricamente estructurados según la clase, la etnia y el género con la estructura de propiedad y acumulación capitalista, marcando así una distancia con el modelo hegemónico de la OMS (Breilh, 2011).

Desde la epidemiología crítica latinoamericana, Breilh plantea la noción de determinantes sociales de la salud discutiendo el modelo de la OMS que “denuncia sin revelar; informa sin movilizar; identifica factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan” (Breilh, 2011). En el caso del aborto, resulta ejemplificador que si bien la mortalidad materna asociada a los abortos clandestinos es

un factor a tener en cuenta, no es aislado ni el principal, sino que está profundamente atravesado por procesos estructurales de desigualdad social del sistema patriarcal capitalista y la imposición de sus roles de género.

Partí de la hipótesis de que la violencia ejercida por el sistema médico hegemónico tal vez fuera exacerbada en la atención del aborto, sin embargo esto no quedó explícitamente evidenciado en las entrevistas. Las mujeres entrevistadas hablaron de calidez, acompañamiento, amor y contención. Estas experiencias pueden servir de esperanza para salir de la relación médico-paciente hegemónica vertical, e ir hacia la construcción de vínculos intersubjetivos, con implicación de las/os profesionales y de las mujeres. Se necesita innovar en nuevas formas de atención, romper la estructura del escritorio y la camilla e ir hacia espacios más cálidos. Urge escuchar a las personas, mirarlas a la cara, no escribir mientras nos cuentan algo. Afirman Burton y Peralta: “Sin carga libidinal en los acompañamientos es muy difícil habilitar instancias horizontales de cuidado, predisponerse a escuchas atentas y desprejuiciadas y generar colectivamente estrategias políticas de acompañamiento” (Burton & Peralta, 2021). Como dicen muchas entrevistadas, necesitamos que todo el personal que integra el equipo de salud pueda dar la mano, abrazar, escuchar, ofrecer un desayuno y ofrecer escuchar música, etc.

Para finalizar me atrevo a afirmar que nos encontramos en un contexto político adverso para el sostenimiento de los derechos de las mujeres y disidencias, situación que nos pone nuevamente en alerta y defensa de las políticas ganadas. Tenemos un gobierno nacional que ataca constantemente al feminismo y a las políticas públicas relacionadas con los derechos de las mujeres y disidencias, desmantelando los programas afines (Diario El ciudadano, 2025). Y en este sentido también enuncia abiertamente su intención de derogar la ley de aborto, y esa amenaza por momentos se empieza a sentir en la calle, en los servicios de salud, y en las universidades.

Entre otras cosas el presidente de la Nación J. Milei afirmó durante su participación en el AmCham Summit 2025 (evento organizado por la Cámara de Comercio de Estados Unidos en Argentina), a raíz de la caída de la natalidad: "Ahora se están dando cuenta que se les pasó la mano en atacar a la familia, a las dos vidas, y lo estamos pagando con caídas en la tasa de natalidad; ahora el miedo es que el mundo se quede sin gente. Lo hubieran pensado antes" (Centenara, 2025). Este tipo de formulaciones tienen la intención de instalar la idea de que la sanción de la Ley de IVE es una de las causas de la baja de la natalidad, intentando abrir

nuevamente el debate sobre el aborto. Cabe destacar que de acuerdo con la información de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, en la Argentina la tasa de natalidad (número de nacimientos vivos por cada 1000 habitantes) viene descendiendo en el país desde el año 2014. Por lo tanto, esta caída no tendría que ver con la Ley de IVE/ILE. Para el año 2023 (último dato disponible), el número de nacidos vivos registrados en el país alcanza un valor de 460.902, un 48% menos en relación con el año 2000. Las hipótesis de esta caída podrían ser muchas: el ingreso masivo de las mujeres al mercado de trabajo, el aumento de los niveles de educación (las mujeres son mayoría en la educación superior universitaria) y las políticas de salud sexual y reproductiva que garantizan las acciones necesarias para que las personas puedan decidir sobre la reproducción.

Afirma Verónica Gago, “hoy los feminismos condensan la figura social del chivo expiatorio, pero esto no es solo guerra cultural. Está vinculado con la radicalidad política de los feminismos y las transformaciones sociales que impulsaron” (Cacopardo, 2024). La oleada de discursos antiderechos va de la mano de la desmantelamiento del Ministerio de Salud en general y de los programas de salud sexual y reproductiva en particular; que en los servicios de salud se materializa con la falta de insumos, de personal capacitado, de instancias de formación, etc (Barber, 2025). Sin embargo, frente al abandono del gobierno, las redes feministas, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito y la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, se organizan en cada región del país para continuar sosteniendo y cuidando el derecho a abortar.

Es un desafío desocultar las desigualdades sociales estructurales que sostienen los sentimientos de culpa individual de las mujeres que abortan, y mantener en agenda el mejoramiento de la política pública en materia de aborto que no necesariamente implica grandes inversiones en infraestructura ni presupuestaria. Para las mujeres entrevistadas, pequeños gestos resultaron claves en su experiencia.

Sin duda el problema del aborto atraviesa y disputa las bases sobre las cuales se estructura el sistema patriarcal y el modelo médico hegemónico. Apuesto a la construcción de una salud feminista con perspectiva de género que sin duda necesita más de escuchar la voz de las mujeres.

Referencias bibliográficas

- ACIJ, ELA, REDAAS, CEDES.** (2024, 28 de mayo). Plan ENIA en riesgo. Razones para sostener una política pública clave para revertir la reproducción intergeneracional de la pobreza. Recuperado de:
<https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2024/05/Plan-ENIA-en-riesgo-1.pdf>
- Alma, A., & Lorenzo, P.** (2009). *Mujeres que se encuentran. Una recuperación histórica de los Encuentros Nacionales de Mujeres en Argentina (1986-2005)*. Feminaria Editoras. Recuperado de:
<https://nucleodegenerounr.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/03/mujeres-que-se-encuentran-alma-lorenzo-feminaria-2009.pdf>
- Añel-Rodríguez, R. M., & Astier-Peña, P.** (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2). Recuperado de:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es&tlng=es.
- Anzorena, C.** (2023). El derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina: obstáculos y desafíos de la política en acto a 18 meses de su implementación (2021-2022). *Salud Colectiva*, 19. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4613>
- Arango Gaviria, L. G.** (2011). El trabajo de cuidado: ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional? En *"El trabajo y la ética del cuidado"* (1era ed., pp. 91-109). La Carreta Editores.
- Asociación por los derechos civiles (ADC) & Women's link worldwide.** (2014). Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina. CLACAI. Recuperado de:
<https://adc.org.ar/wp-content/uploads/2021/01/201406-Manual-para-el-ejercicio-respeto-y-garant%C3%ADa-del-derecho-al-aborto-no-punible-en-Argentina.pdf>
- Bach, A. M.** (2010). El rescate del conocimiento. *Temas de mujeres*, 6(6), 5-30. Recuperado de: <http://ojs.filo.unt.edu.ar/index.php/temasdemujeres/article/view/34/34>
- Barber, H.** (2025, 28 de mayo). Argentina used as a 'testing ground' for eroding abortion rights, warns Amnesty. *The Guardian*. Recuperado de:
<https://www.theguardian.com/global-development/2025/may/28/argentina-womens-rights-javier-milei-testing-ground-eroding-abortion-rights-seek-reverse-landmark-legislation-warning-amnesty>

- Bascolo, E., & Yavich, N.** (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 89-104.
- Belli, L.** (2019, 5 de marzo). *La importancia de la perspectiva de género en salud*. Ecofeminita. Recuperado de:
<https://ecofeminita.com/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-salud/?v=c582dec943ff>
- Bellucci, M.** (2014). *Historia de una desobediencia: aborto y feminismo* (1era. ed.). Capital Intelectual.
- Bercu, C., Filippa, S., & Ramírez, A.** (2022). Perspectives on high-quality interpersonal care among people obtaining abortions in Argentina. *Reproductive Health*, 19(1), Artículo 107. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01401-1>
- Botta, M. P., Chaumet, D., & Macagno, B.** (2024). Implementación de la aspiración manual endouterina para interrupciones voluntarias y legales del embarazo en centro ambulatorio. *Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (Amada)*, 20(1). Recuperado de:
<https://www.amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-20-n-1-2024/82-revista/revista-n1-2024/603-implementacion-de-la-aspiracion-manual-endouterina-para-interrupciones-voluntarias-y-legales-del-embarazo-en-centro-ambulatorio>
- Brack, C. E., Rochat, R. W., & Bernal, O. A.** (2018). “Es una carrera contra el reloj”: Un análisis cualitativo de las barreras al aborto legal en Bogotá, Colombia. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 11–20. Recuperado de:
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/sp01118.pdf
- Breilh, J.** (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud [Ponencia presentada en: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Río de Janeiro, octubre de 2011]. Recuperado de:
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh,%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>
- Brown, J. L.** (2007). El aborto en Argentina, genealogía de una demanda. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. *Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara*.
- Brown, J. L.** (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos Pagu*, (30), 269–300.
<https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>

- Burton, J., & Peralta, G.** (2021). Un aborto feminista es un aborto cuidado. Prácticas de cuidado en el socorrismo patagónico. *Scielo Brasil*, 29(2).
<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n270809>
- Butler, J.** (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, 18(9), 296-314. Recuperado de:
https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate_feminista/article/view/526
- Cacopardo, A.** (2024, 28 de noviembre). Verónica Gago: “El antifeminismo de las ultraderechas no solo es guerra cultural”. *elDiarioAR*. Recuperado de:
https://www.eldiarioar.com/sociedad/veronica-gago-antifeminismo-ultraderechas-no-guerra-cultural_1_11858115.html
- CEDES & Ibis reproductive Health.** (2024). Aborto en números – Proyecto mirar. *Proyecto mirar*. Recuperado de: <https://proyectomirar.org.ar/aborto-en-numeros/>
- Centenera, M.** (2025, 24 de mayo). “Milei aprovecha la caída abrupta de nacimientos en Argentina para radicalizar su discurso contra el aborto”. *El País* Recuperado de:
<https://elpais.com/argentina/2025-05-24/milei-aprovecha-la-caida-abrupta-de-nacimientos-en-argentina-para-radicalizar-su-discurso-contra-el-aborto.html>
- Center for Reproductive Rights.** (2023). *Las leyes de aborto en el mundo*. Center for Reproductive Rights. Recuperado de:
<https://reproductiverights.org/maps/the-worlds-abortion-laws-spanish/>
- Corti, D.** (2023, 22 de agosto). *Mundial de Fútbol femenino: ¿qué sabemos sobre las brechas de género en la Argentina y Colombia?* Chequeado. Recuperado de:
<https://chequeado.com/el-explicador/mundial-de-futbol-femenino-que-sabemos-sobre-la-s-brechas-de-genero-en-la-argentina-y-colombia/>
- Daich, D., & Tarducci, M.** (2018). Antropólogas feministas por el derecho a decidir: Aportes para una historia de la lucha por la despenalización y legalización del aborto en Argentina. *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, (24). Recuperado de:
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/175988/CONICET_Digital_Nro.861385_00-855b-45d5-b9cd-924b7c4c415f_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- De Sousa Campos, G. W.** (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud [Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas. UNICAMP]. Recuperado de:
<https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>

- Del Río Fortuna, C.** (2013). Población, reproducción y derechos: un estudio comparativo de la política de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (13), 9-42.
<https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000100002>
- Diario El Ciudadano** (2025, 16 de mayo). “La Libertad atrasa: el gobierno de Milei cerró 13 programas del extinto ministerio de la Mujer por «ideológicos»”. *El ciudadano web*. Recuperado de:
<https://elciudadanoweb.com/la-libertad-atrasa-el-gobierno-de-milei-cerro-13-programas-del-extinto-ministerio-de-la-mujer-por-ideologicos/>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.** (2022). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE)* (Actualización 2022). Ministerio de salud de la Nación. Recuperado de:
<https://bioetica.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2023/01/12-2022-Protocolo-IV-E-ILE-2022.pdf>
- Espada Benito, A.** (2019). Aproximación metodológica al aborto desde una perspectiva sociosubjetiva. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (43), 39-58. Recuperado de: <https://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/view/24298/19211>
- Faúndes, A., & Barzelatto, J.** (2011). *El drama del aborto: En busca de un consenso*. Paidós México.
- Faur, E., & Fuentes, S.** (2019). *Experiencias de embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia : trayectorias escolares y políticas públicas en la CABA*. Fundación Kaleidos; Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de:
https://fundacionkaleidos.org/wp-content/uploads/2022/12/Informe-Final-EMP-UIECE-E-Fund-Kaleidos-16.12_separacion_1_compressed-1.pdf
- Faur, E., & Jelin, E.** (2013). Cuidado, género y bienestar: una perspectiva de la desigualdad social. *Voces en el Fénix. UBA. Facultad de Ciencias Económicas*, (23), 110-116.
- Faur, E.** (2023). El concepto de interseccionalidad. Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.gba.gob.ar/mujeres/ley_micaela/el_concepto_de_interseccionalidad
- Federación Argentina de Medicina General.** (2010). Marco de referencia para la formación en Residencias Médicas. Residencias de Medicina General y Familiar. Ministerio de salud de la Nación. Recuperado de:
<https://ames.ar/wp-content/uploads/2024/02/Marco-de-referencia-RMG-FAMG.pdf>

- Felitti, K.** (2010). Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986). *Estudios Sociológicos*, 28(84), 791–812.
<https://doi.org/10.24201/es.2010v28n84.201>
- Femenías, M. L.** (2018). Brevísima mirada histórica para un debate por hacer. En D. Busdygan (Coord), *Aborto: Aspectos normativos, jurídicos y discursivos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos.
- Ferrandini, D.** (2011, noviembre). *Algunos problemas complejos de salud*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de:
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>
- Ferrara, F.** (1985). Teoría social y salud (1era. ed.). Catálogos. Recuperado de:
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec503.pdf>
- Fesprosa (Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina).** (2010). Abortos no punibles: la mayoría de los médicos no sabe cómo actuar. Recuperado de:
<https://fesprosa.org.ar/portal/abortos-no-punibles-la-mayoria-de-los-medicos-no-sabe-como-actuar/>
- Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., Saya, L., & Gemzell-Danielsson, K.** (2014). Pain during medical abortion, the impact of the regimen: A neglected issue? A review. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 19(6), 404–419.
<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.950730>
- Fuentes Belgrave, L.** (2006). Las apuestas del poder sobre el cuerpo de las mujeres. Las relaciones entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista alrededor del aborto en Costa Rica y Nicaragua. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, Universidad de Costa Rica, 32, 97-138. Recuperado de:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/article/view/1348>
- Harding, S.** (1998). ¿Existe un método feminista? *En Debates en torno a una metodología feminista* (1era ed., pp. 9-34). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Recuperado de:
https://publicaciones.xoc.uam.mx/TablaContenidoLibro.php?id_libro=81
- Hartmann, H.** (1985). “El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo: hacia una unión más progresista”. En teoría y política 12-13.
- Hester, H.** (2018). *Xenofeminismo: tecnologías de género y políticas de reproducción*. Caja Negra.

- Ibis Reproductive Health & Colectiva Feminista la Revuelta.** (2024, mayo). *Abortar en Argentina: Un estudio sobre experiencias de acceso luego de la Ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo*. Ibis Reproductive Health; Colectiva Feminista La Revuelta. Recuperado de:
<https://larevuelta.com.ar/wp-content/uploads/2024/05/Informe-abortos-en-el-sistema-de-salud.pdf>
- Ipas.** (2021). *¿Por qué abortan las mujeres? Qué dice la evidencia sobre las causas y razones del aborto inducido*. Ipas CAM. Recuperado de:
https://ipaslac.org/wp-content/uploads/2024/11/1613690889901_ES_ARCHIVO_1-1.pdf
- Ipas.** (2022). *Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación*. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Recuperado de:
<https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/manejo-del-dolor/manejo-del-dolor-durante-el-aborto-con-medicamentos-antes-de-las-13-semanas-de-gestacion/>
- Ipas** (2023). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. E. Jackson (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Recuperado de:
<https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2024/01/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva-CURHS23b.pdf>
- Klein, L.** (2013). *Entre el crimen y el derecho: el problema del aborto (1era. ed.)*. Planeta.
- Klein, L.** (2018). Aborto, derechos humanos y estrategias de subjetivación. En D. Busdygan (Ed.), *Aborto: aspectos normativos, jurídicos y discursivos (1era. ed., pp. 159-174)*. Editorial Biblos.
- Krause, M., Keefe-Oates, B., Romero, M., & Ramos, S.** (2024). *Manual para la aplicación de la Encuesta MACA (Medimos Acceso y Calidad del Aborto)*. Centro de Estudio de Estado y Sociedad. Recuperado de:
<https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4781>
- Kumar, U., Baraitser, P., & Morton, S.** (2004). Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *The journal of family planning and reproductive health care*, 30(1), 51-54.
<https://doi.org/10.1783/147118904322702009>
- Lenta, M. M., & Longo, R. G.** (2025). Implicancias subjetivas de mujeres adultas que recurrieron a un aborto en Argentina con posterioridad a la sanción de la Ley 27610. *Salud Colectiva*, 21. <https://doi.org/10.18294/sc.2025.5349>
- Ley 27.610.** (2021). Ley de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Boletín oficial. Recuperado de:

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

- Lincoln, Y. S., Guba, E. G.** (1985). *Indagación naturalista*. Beverly Hills, CA: Sage.
- López Gómez, A.** (2015). Profesionales de la salud y aborto. *En S. Ramos (Comp), Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe* (1era ed., pp. 57-76). Recuperado de:
<https://promsex.org/wp-content/uploads/2015/09/InvestigacionAbortoALC.compressed.pdf>
- López, J.** (2023). Aborto y dolor | *Colaboración con Morada Violeta* | *Web Balance*. Recuperado de:
<https://balancemx.org/es/altavoz/aborto-y-dolor-colaboracion-con-morada-violeta>
- Loza, J., & López, M.** (2020). Representaciones y repertorios de expresiones conservadoras organizadas contra el aborto en Argentina (2018-2020). *En A. Torres Santana (Ed.), Derechos en riesgo en América Latina: 11 estudios sobre grupos neoconservadores* (1era. ed., pp. 55-74). Ediciones Desde Abajo.
- Mario, S., & Pantelides, E.** (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *En Notas de Población No. 87*. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Recuperado de:
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/393fec70-1431-476c-b129-41b876998f8a/content>
- Mateo, N.** (2024). *Aborto y Misoprostol: historia de una pastilla*. 1era. ed. Rosario. UNR editora.
- Mejía, M. C.** (2003). Sexualidad y Derechos Sexuales: El Discurso de La Iglesia Católica. *Debate Feminista*, (27), 45–56. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/42624741>
- Melucci, A.** (1994). ¿Qué hay de nuevo en los nuevos movimientos sociales? *En E. Laraña (Ed.), Los nuevos movimientos sociales: de la ideología a la identidad* (1era. ed., pp. 119-150). Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Menéndez, E. L.** (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva. Universidad de Lanús*, (16).
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Merhy, E. E.** (2006). *Salud: Cartografía del Trabajo Vivo*. Lugar Editorial.
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S.** (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones. Facultad de Psicología. UBA*, 21(1), 217-224. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/210226>

- Milone, K., Brelaz, D., & Romero, M.** (2024). Buenas prácticas de calidad en servicios de aborto. CEDES. Recuperado de: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4766>
- Ministerio de Salud de la Nación.** (2021). Presentación del Decreto 516/2021. Reglamentación de la Ley 27.610. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-01/1-ejes-implementacion-ley-27.610-ILE-IVE.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (Msal).** (2023, abril). *ImplementAR IVE/ILE. INFORME ANUAL 2022. Ley 27.610*. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/ImplementAR_IVE-ILE_2023_852023.pdf
- Moncalvo Dalmas, L. C.** (2017). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo: dificultades del aborto legal en Uruguay*. (Trabajo de Conclusión de Curso). Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Recuperado de: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/TCCunila.pdf>
- Morillo García, Á., Espinal, J. M., Moreno Nieto, J., Sillero Sánchez, R., & Nieto Cervera, P.** (2007). Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Atención Primaria*, 39(6), 313-318. <https://doi.org/10.1157/13106287>
- Observatorio de la violencia y desigualdades por razones de género & Ministerio de las mujeres género y diversidad.** (2022). La participación de las mujeres en el trabajo, el ingreso y la producción. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/informe-desigualdad-en-el-trabajo-igualar.pdf>
- OMS.** (2006). Constitución de la Organización mundial de la salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Recuperado de: http://www.legisalud.gov.ar/dels/constitucion_oms.pdf
- OMS.** (2021). Aborto. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- OMS.** (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>
- Palma, I., Standen, C., & Carimoney, A.** (2020). El ultrasonido anterior al aborto en contexto de ilegalidad: un estudio sobre las prácticas discursivas de profesionales desde la experiencia de las mujeres. *SciELO Brasil*, 29(4).

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181168>

- Palomar Vereá, C.** (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(22), 35-67. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035&lng=es&nrm=iso
- Panzerini L.** (2012, 27 de enero). El Heca no garantiza el servicio. *Página/12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/9-32258-2012-01-27.html>
- Pasquali, L.** (2019). El uso crítico de las fuentes orales. En C. Salomón Tarquini, S. R. Fernández, M. d. I. A. Lanzillotta, & P. I. Laguarda (editoras.). *En El hilo de Ariadna: propuestas metodológicas para la investigación histórica* (1era ed., pp. 107-114). Prometeo, Buenos Aires. Recuperado de:
https://www.academia.edu/43867370/El_uso_cr%C3%ADtico_de_las_fuentes_orales
- Pecheny, M.** (2005). *Yo no soy progre, soy peronista. ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?* En Aborto y justicia reproductiva. Editores del Puerto.
- Radi, B., & Elichiry, M.** (2021). *Manual de Servicios de Aborto Trans-inclusivos: políticas y prácticas*. Cátedra Libre de estudios trans. Recuperado de:
<https://otdchile.org/wp-content/uploads/2021/08/Argentina-ABM21-Manual-ARG-PRE-SS-1.pdf>
- Ramón Michel, A., Romero, M., Ramos, S., Molina, S., & Krause, M. et. al** (2024). *Insistir y persistir: el panorama del aborto en Argentina. Reporte diciembre 2024*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES. Recuperado de:
<https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4791>
- Ramos S, Ábalos E, Gerdtz C, Keefe-Oates B, Krause M, Ramón Michel A, & Romero M.** (2022). *Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES; Ibis Reproductive Health. Recuperado de:
<https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4705>
- Ramos, S., & Fernández Vázquez, S. S.** (2020). *¿Por qué abortan las mujeres?* (Vol. 12). Serie de documentos. REDAAS. Recuperado de:
<http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4544>
- Ramos, S., & Romero, M.** (2024). *Estudio Lucía: Usos y preferencias de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años en Argentina. 1era edición*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CEDES. Recuperado de:
<http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4788>

- Rickard, W., & Bofill, M.** (2000). Historia oral, trauma y tabú. *Historia, antropología y fuentes orales*, (23), 121-133. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/27753024>
- Romero M, Keefe-Oates B, Krause M, Ramón Michel A, & Ramos S.** (2024). *Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES. 2024. Recuperado de: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>
- Rostagnol, S.** (2013). *Aborto voluntario y relaciones de género: implicancias mutuas*. En R. Zurbriggen & C. Anzorena (Eds.): “El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible”. Herramienta Ediciones.
- Rovere, M.** (1998). Calidad centrada en el ciudadano. (Ponencia presentada en el 8º Congreso de la Salud del Municipio, Rosario).
- Róvere, M.** (1999). Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 31-63.
- Rovere, M.** (2006). La construcción de una estrategia de gestión. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. *Salud Colectiva*, 2(3), 247–259. Recuperado de: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/178>
- Salas, C.** (19/4/2024). Socorristas en Red: la práctica transformadora de acompañar abortos feministas. elDiarioAR.com. Recuperado de: https://www.eldiarioar.com/blog/punto-de-encuentro/socorristas-red-practica-transformadora-acompanar-abortos-feministas_132_11297442.html
- Secretaría de salud pública.** (2019). Análisis de la problemática del aborto en los efectores de la Red de Salud Pública Municipal. Período 2016-2017 [Documento de trabajo para los equipos de salud].
- Secretaría de Género y Sexualidades de la UNR & Unicanal Rosario** (2023, 8 de junio). “Fue en la calle” - Capítulo 3: “Legal, seguro y gratuito” [archivo de video]. UNR. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=idP0HYzHS0o&t=14s>
- Smith, D.** (2005). El punto de vista (standpoint) de las mujeres: conocimiento encarnado vs relaciones de dominación. *Temas de Mujeres (Trad. Ana María Bach)*, 8(8).
- Stolkiner, A.** (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. *La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Dunken.
- Szwarc, L., Maffeo, F., & Fernandez, S.** (2022). Aportes de los activismos feministas y LGBT+ en Argentina a la construcción de una salud feminista. *Revista de Historia*.

Facultad de Humanidades Universidad Nacional del Comahue, (23), 205-229.

Recuperado de:

<https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4723/1/RevHist2022%2823%29205-29.pdf>

Tarducci, M., & Rifkin, D. (2010). Fragmentos de historia del feminismo. *Las palabras tienen sexo II*, 17-39.

Tarocco, C. (2020). Feminismo Socorrista en la segunda edición de las «Rondas de lucha: hacer memoria en tiempos de cuarentena. La Marea Noticias. Recuperado de:

<https://www.lamareanoticias.com.ar/2020/04/16/2709/>

Taylor, S.J., & Bogdan, R. (2020). Introducción a los métodos cualitativos de investigación (3ra. ed.). Paidós. Recuperado de:

https://epaginapersonal.unam.mx/app/webroot/files/981/2015-01-26-233924_taylor-s-j-bogdan-r-.pdf

Tiseyra, M. V., Vila Ortiz, M., & Romero, M. (2022). Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. *Salud Colectiva*, 18.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.4059>

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). (2022). *Planificación familiar*. Unfpa. Recuperado de:

<https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar#readmore-expand>

Zurbriggen, R., Vacarezza, N., Alonso, G., Grosso, B., & Trpin, M. (2018). El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo: una investigación socorrista feminista. Ediciones La Parte Maldita.

ANEXO - Modelo de entrevista

Datos personales

Edad, género, cobertura social, escolaridad, trabajo, configuración familiar, gestas previas, cantidad de hijas/os.

Acceso general a la atención en salud

¿Podes contarme cómo es tu experiencia de atención en general en el sistema de salud público?

Para ampliar:

¿Te atendes habitualmente en algún centro de salud/dispensario? ¿Tenes un médico/a de cabecera?

Acceso y modalidad de atención a la IVE

¿Queres contarme cómo fue tu experiencia de atención del aborto?

Para ampliar:

Recopilar la experiencia en todo el recorrido: centro de salud, ecografía, laboratorio, hospital.

¿Dónde consultaste para solicitar la interrupción? ¿Por qué? ¿Tuviste alguna dificultad?

¿Cuántos efectores tuviste que consultar?

¿Conocías en qué hospitales o en qué centros de salud podrías consultar para la IVE/ILE?

¿Cuánto tiempo pasó entre la primera consulta y la resolución de la IVE/ILE?

¿Cuántas consultas requirió el proceso?

¿Los horarios de atención fueron posibles para vos?

¿Tuviste que pagar algo?

Modalidad de abordaje

¿Tuviste que sacar un turno programado o fue atención sin turno?

¿Por qué profesionales fuiste atendida? ¿Los conocías?

Recuerdas ¿Cuál era la edad gestacional al momento de la consulta?

¿Qué estudios complementarios te solicitaron? ¿Dónde pudiste realizarlos? ¿Tuviste que sacar otros turnos?

Proceso de toma de decisiones respecto de la IVE-ILE

¿Cómo tomó la decisión de solicitar la interrupción del embarazo?

¿Quién participó de la decisión? ¿Cuánto tiempo le llevó tomar la decisión?

¿Qué aspectos de tu vida consideras que influyeron en tu decisión?

¿Contó con algún intercambio o asesoramiento del equipo de salud para tomar la decisión ?

Opciones de tratamiento

¿Qué opciones de métodos para abortar te dieron? ¿Pudiste elegir?

¿Te dieron información sobre cómo usar los medicamentos o sobre el procedimiento de AMEU?

¿Te explicaron sobre la seguridad y las pautas de alarma de los métodos?

¿Te dieron información sobre cómo saber si se había completado el aborto?

¿Te dieron o le recomendaron alguna medicación para aliviar el dolor durante el aborto?

¿Te dieron información sobre métodos anticonceptivos? ¿Pudiste elegir?

Para finalizar:

¿Estabas al tanto de las leyes de aborto en nuestro país?

¿Te parece que el hecho de que estuvieran esas leyes, influyó de alguna manera en la forma en que transitaste la interrupción?