

Democratizar la sexualidad,
interpelar la individualidad:

algunas notas sobre un
dispositivo grupal de
interrupción del embarazo

*Democratizing sexuality, challenging
individuality: some notes on a group
pregnancy termination device*

Melina Daniela Maffeo

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina)

Residencia de Trabajo Social Hospital General de Agudos José María Penna
(Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina)

Diplomada en equidad de género en salud
(Universidad Nacional de La Plata, Argentina)

Correo: m.danielamaffeo@gmail.com

Resumen

El presente artículo se propone analizar cómo se llevan adelante interrupciones voluntarias del embarazo, en un Centro de salud de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, se expondrá brevemente, como el aborto se constituyó históricamente, como práctica y narrativa. Asimismo, se dará cuenta de la legislación vigente en la materia y las maneras en las que la interrupción del embarazo se constituye como un tratamiento seguro en el ámbito de la salud pública. A su vez, se desarrollan los modos en los que las prácticas vinculadas a la natalidad, la reproducción y sexualidad, fueron consolidándose como un asunto de estado. La metodología utilizada es cualitativa con base empírica y la información recabada surge de fuentes primarias como entrevistas y conversaciones informales con profesionales del equipo; y secundarias, provenientes de notas y cuadernos de campo de la autora. Para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos, se usaron fuentes bibliográficas acordes a la temática. Los resultados arrojados por este estudio, admiten que la grupalidad permite que las mujeres que asisten al dispositivo puedan reapropiarse de sus derechos sexuales y perciban al acto de abortar como una acción colectiva y pública, que excede el ámbito doméstico e individual.

Palabras clave

Interrupción voluntaria del embarazo, Espacios grupales, Derechos sexuales.



Abstract

This article aims to analyze how voluntary terminations of pregnancy are carried out in a health center in the southern area of CABA. To do this, it will be briefly explained, how abortion was constituted historically, as a practice and narrative. Likewise, you will be aware of the current legislation on the matter and the ways in which abortion is constituted as a safe treatment in the field of public health. At the same time, the ways in which practices linked to birth, reproduction and sexuality were consolidated as a matter of state were developed. The methodology used is qualitative with an empirical basis and the information collected arises from primary sources such as interviews and informal conversations with team professionals; and secondary, coming from the author's notes and field notebooks. To carry out the analysis of the data obtained, bibliographic sources consistent with the topic were used. The results obtained from this study admit that grouping allows women who attend the device to reappropriate their sexual rights and perceive the act of aborting as a collective and public action, which exceeds the domestic and individual sphere.

Keywords

Voluntary interruption of pregnancy, Group spaces, Sexual rights.



Introducción

En el presente artículo se abordará una experiencia de inserción profesional en el marco de la residencia de Trabajo Social en un espacio grupal de un Centro de Salud del Sur de la CABA. Las prácticas que se describirán se enmarcan en una rotación por un dispositivo de Salud Sexual, más específicamente en las “charlas de IVE” que se desarrollan en el efector mencionado y tienen el objeto de acompañar a mujeres y personas gestantes en su decisión de interrumpir su embarazo. En el marco de la Ley N° 27.610, en el dispositivo se garantiza la accesibilidad al derecho al aborto medicamentoso y ambulatorio hasta la semana 12.5. Si la gesta se está cursando entre el período comprendido entre la semana 12.5 y la 14, la persona consultante es derivada a un dispositivo hospitalario para continuar con la interrupción¹.

En cuanto a la modalidad de intervención que admite este dispositivo, se asume una mirada transdisciplinaria, considerando al aborto como una problemática de salud integral; por lo cual, además de realizar una entrevista individual, se desarrollan encuentros grupales con quienes asistan.

El objetivo del presente trabajo es conocer cómo efectivamente se acompañan los procesos de interrupción voluntaria del embarazo en el espacio mencionado. Asimismo, se busca que esta producción brinde aportes para repensar al aborto desde una perspectiva de género y comunitaria, donde se visibilice como una práctica socio-histórica, exponiendo una lógica contraria a la culpabilización y ocultamiento de estos procedimientos. En esta línea, se propone indagar sobre los modos en que éste constituye una ampliación o restricción al ejercicio de la ciudadanía sexual de las personas con capacidad de gestar.

En relación a la metodología de este documento, el mismo tiene corte cualitativo y base empírica. Surge de la indagación de fuentes secundarias: bibliografía acorde a la temática y marco legislativo que guía la materia. Paralelamente, se utilizaron como insumos registros personales tales como:

.....

1 Tal como indica la legislación vigente, el tratamiento se garantiza hasta la semana 14, por lo que en el período comprendido entre la semana N° 12. 5 y la 14 también se brinda accesibilidad a la práctica, pero se modifica el circuito: la persona con capacidad de gestar accede a la consulta, pero es derivada a un efector de mayor complejidad. En este sentido, suele referenciarse un espacio hospitalario, ya que este cuenta con las condiciones adecuadas para acompañar el procedimiento. Para ello, se establece una comunicación con profesionales del Hospital, que puedan recibir a la persona y le brinden el tratamiento correspondiente.

cuadernos y notas de campo. También se dio uso a información proveniente de historias clínicas, plantillas y crónicas realizadas por el equipo.

A su vez, se realizaron entrevistas semi estructuradas a profesionales de las disciplinas de Trabajo Social y medicina. La elección de las mismas, se sustenta en lo que Marradi (2007) denomina muestreo intencional: Por un lado, se mantenía un vínculo cotidiano con dichas trabajadoras, por lo cual se podía acceder a espacios de encuentro con ellas. Por otro, las mismas (debido a su trayectoria institucional y laboral) conocían con precisión este dispositivo y podrían brindar información relevante para este escrito.

Algunas narrativas acerca del aborto

En primer lugar, es preciso caracterizar al aborto como una práctica que acontece de manera cotidiana. La misma atraviesa todas las clases sociales, territorios, edades y singularidades. Las mujeres y personas gestantes -a partir de ahora PCG- realizaron este procedimiento de diversos modos, desarrollando distintas estrategias a lo largo de la historia. Las mismas, estuvieron íntimamente ligadas a la clandestinidad, la criminalización (tanto moral como legal), el hostigamiento, el control sobre las corporalidades y la sanción a las conductas de deseo en el ámbito de la sexualidad. En suma, todo ello consolida a la interrupción del embarazo como una acción que debe ser silenciada o replegada a una instancia individual y privada. No obstante, resulta relevante reconsiderarla como una experiencia que hace viable la vida de las personas que gestan, que forma parte de su cotidianidad y aporta a consolidar su independencia corporal. Sostiene Butler al respecto (2006): la cuestión no es extender enfáticamente ‘el derecho a la vida’ a toda persona que quiera reclamar para los embriones sin voz, sino comprender que la ‘viabilidad’ de la vida de una mujer depende del ejercicio de la autonomía corporal y de las condiciones sociales que posibilitan dicha autonomía (2006:28).

En segundo lugar, el aborto se ha instaurado en los últimos años como problema sustancial en la arena pública. Se puede referir que el movimiento trans feminista² ha adquirido un rol fundamental, en la pugna por el re-



2 Se concibe al movimiento de mujeres/disidencias/diversidades sexuales como trans feminista, ya que del mismo no sólo han formado parte cis mujeres, sino otros actores con otras identidades de género; que han

conocimiento de este derecho, llevando a cabo un cúmulo de reclamos y movilizaciones colectivas. Se puede identificar como uno de los primeros antecedentes, la conformación de la Comisión por el Derecho al Aborto (constituida a finales de 1980). En esta línea, la actual Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (actora clave para disputar la legalización del aborto); puede pensarse como tributaria de las disputas de las décadas anteriores.

En este sentido, los procesos de lucha por el acceso al aborto, fueron desplegados por diferentes referentas/representantes de la sociedad. No sólo se asumió como una práctica, sino también como un discurso y narrativa circulante en el imaginario social, que se fue modificando en las diferentes épocas. Federici (2004) sostiene que la procreación fue concebida históricamente como un hecho propio de la naturaleza. Si bien analizar en profundidad la obra de la autora no es el objeto de este estudio, resultan relevantes sus aportes para comprender los modos por los cuales -con el advenimiento del capitalismo- se impusieron nuevos mecanismos de disciplinamiento hacia los cuerpos de las mujeres. Tal como sostiene Peralta (2016) es preciso estudiar las relaciones de producción y reproducción de la vida, ya que ello sirve como insumo, para otorgarle un marco a los debates que se desarrollan con respecto al aborto en la actualidad.

Con el surgimiento de dicho sistema de producción, el estado precisó contar con una cierta disponibilidad de fuerza de trabajo para desarrollarse y sostenerse a lo largo del tiempo. De este modo, debió ser mediador de las relaciones entre las personas, modificando específicamente la posición social de las mujeres, donde la procreación fue puesta directamente al servicio de la reproducción capitalista (Federici, 2004). La medicina se interpuso como uno de los principales mecanismos de control y vigilancia, ya que era la encargada de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo. Para ello, las personas que gestaban eran obligadas a procrear, parir y criar; siendo incluso perseguidas para que se efectivice tal fin. De esta manera, el estado las privó de decidir sobre su sexualidad, vulnerando su integridad física y psicológica; lo que tuvo como resultado que ellas fueran degradadas a la

.....
adquirido un rol fundamental en la pugna y lucha por el acceso a los derechos.

maternidad como un trabajo forzado, y confinadas al espacio doméstico para ejercer los cuidados de les hijes.

En los momentos históricos previos, las decisiones vinculadas a la natalidad, no debían de ser llevadas a cabo en los hogares. Por el contrario, existían espacios comunitarios donde las mujeres podían encontrarse, compartir sus saberes ancestrales y/o decidir cómo parir. La reproducción fue transversalizada por nuevos sentidos, donde era necesario producir niños para el estado y las mujeres eran obligadas a procrear (Federici, 2004). Aquello que había sido decidido de forma más o menos autónoma por las mujeres y más importante aún, por un colectivo conformado por ellas en un espacio público, ahora debía ser resuelto en los límites del hogar, es decir: en el ámbito privado.

Siguiendo a la autora, coexistieron movimientos sociales que pugnarón por imponer nuevos sentidos acerca del aborto, proponiendo que se instale como un derecho. Se trata de una acción históricamente determinada, donde se yuxtaponen las diferentes relaciones de poder. Con respecto a esto, los partos también entran en esta lógica y se conciben como actividades culturalmente determinadas, atravesadas por distintos intereses, que en muchas ocasiones se contraponen entre sí. La sexualidad, observada en su totalidad, siempre estuvo signada por distintas disputas y regulada por los estados.

¿Qué es un aborto seguro? Marco legislativo y prácticas en el ámbito de la Salud Pública

Si bien el objeto de este análisis no es profundizar acerca del marco legal que regula la interrupción del embarazo, sí es preciso mencionar algunos aspectos del mismo, ya que sirven para comprender cómo es llevada adelante la práctica cotidiana en el ámbito de la Salud pública. En la República Argentina, las disposiciones de la Ley N° 27.610, son de orden público, por lo tanto, su aplicación es obligatoria en todo el territorio nacional (sin requerir ninguna adhesión ni reglamentación por parte de las provincias y/o jurisdicciones para entrar en vigencia). El modelo que transversaliza dicha regulación, es denominado mixto, ya que combina plazos y causales. Hasta la semana 14 inclusive, se puede acceder a un aborto sin más que la expresión de voluntad de quien desee realizarlo, sin tener que mediar una

causa específica para acceder al mismo. En este sentido, el único requisito es encontrarse dentro de dicho plazo de gestación. La persona tiene derecho a ser informada desde la primera consulta de su edad gestacional y solicitar la IVE en ese mismo momento, si así lo decidiera (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2022). Si la persona solicita una IVE luego de las catorce semanas, el aborto se va a regir por el sistema de causales: si la continuación del embarazo implicase un riesgo para la salud integral de la PCG o fuese producto de una situación de violencia sexual, tiene derecho a acceder al procedimiento. Para el cual, se requiere un informe interdisciplinario que describa los motivos de la solicitud y constate la necesidad de acceder al tratamiento.

En el caso de les³ adolescentes mayores a 16 años, pueden acceder sin necesidad de recibir asistencia ni de contar con el consentimiento de algún/a referente adulto/a. En general, sucede lo mismo con las personas que tienen entre 13 y 16 años, aunque estos pueden requerir ser asistidos/as por referentes que ejerzan formal o informalmente los cuidados, si la IVE implicase un grave peligro para su salud o su vida. Los/as niños/as menores de 13 años, precisan de contar con asistencia, pero siempre participando activamente en el proceso, en función de sus necesidades y demandas. En el último caso, las personas adultas también deben firmar el consentimiento informado.

En relación a las personas con discapacidad, el protocolo IVE/ILE indica que tienen derecho a solicitar e interrumpir un embarazo, así como negarse a que se realice este procedimiento si así lo consideran. El equipo de salud debe brindar información clara llevando a cabo acciones que garanticen la accesibilidad de las personas con discapacidad, es decir ajustes razonables tales como: adecuaciones en los consultorios, adaptaciones del lenguaje y los materiales explicativos, entre otros. Se parte de presumir -tal como lo sostiene nuestro marco jurídico- la capacidad de todas las personas. Incluso, contar con el Certificado Único de Discapacidad no implica de ningún modo la restricción de la capacidad para la toma de decisiones. En línea

.....

3 Para concluir, es preciso aclarar que por criterio de la autora se utilizará el lenguaje inclusivo. El mismo, tiene como objetivo reconocer el género femenino y LGBTQ+, en contraposición al discurso lingüístico que históricamente estuvo asociado al masculino, invisibilizando tales géneros. Es un modo de comunicación que busca desarmar estereotipos y alcanzar mayores estándares de igualdad. (Universidad Nacional de Córdoba, 2019).

con ello, desde los equipos sanitarios es menester proporcionar los medios necesarios para que la persona participe en todo el acto y pueda decidir de manera autónoma (Ministerio de Salud de La Nación Argentina, 2022).

En el Centro de Salud de referencia, las interrupciones del embarazo se realizan según los estándares y recomendaciones de diferentes normativas, protocolos y documentos provenientes de actores jurisdiccionales, nacionales e internacionales. A la luz de lo expresado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la Nación Argentina, se considera que una de las formas seguras para la realización del tratamiento, es con la utilización de medicamentos. Este procedimiento se enmarca en lo que se define como “riesgo mínimo”, ya que se utiliza un método basado en las evidencias, con un embarazo temprano y dentro de una institución de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). En función de ello, lo que se considera seguro debe ser interpretado en consonancia con las guías técnicas y para servicios de salud de la OMS vigentes en ese momento” (Ganatra, 2014).

Derecho a abortar como ampliación a la ciudadanía sexual

Para darle inicio al presente apartado, es preciso conceptualizar qué se entiende por derechos sexuales. Los mismos, hacen referencia a poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. Todos tenemos derecho a disfrutar de una vida sexual elegida libremente, sin violencia, riesgos ni discriminación (Ministerio de salud de la Nación Argentina, 2022). Desde este enfoque, nos distanciamos de perspectivas que trabajen la salud sexual relacionada únicamente a la reproductividad (y, por ende, a la anticoncepción); sin ligarla al placer y el goce, siendo que estos últimos son elementos constitutivos e indisolubles de ésta.

Tal como sostiene Luciana Peker (2018), el sexo debe necesariamente estar atravesado por el deseo, por lo cual no puede ser vinculado -de ningún modo- a prácticas sexuales mediadas por conductas asociadas a la coerción y a la violencia. En este sentido, tomando las palabras de la auto-

ra, el deseo se configura como núcleo de la autonomía femenina⁴. Interesa recuperar este último enunciado, ya que permite reflexionar acerca de cómo históricamente los cuerpos e identidades de género feminizadas han sido objeto de políticas públicas de control, que han puesto en cuestión la idea de autonomía. El análisis desplegado por Silvia Federici (2004) resulta provechoso para analizar cómo se desarrollaron distintas estrategias de regulación de las corporalidades a lo largo del tiempo. Previo al advenimiento del capitalismo como sistema estructurante de todas las relaciones sociales y económicas, las mujeres contaban con una cierta autonomía anclada a un saber ancestral (transmitido a través de las distintas generaciones), que les permitía regular sus prácticas vinculadas al parto y la natalidad. La criminalización de la anticoncepción impidió que puedan tomar decisiones en este sentido. El parir no es de ningún modo un hecho puramente natural, sino que se encuentra transversalizado por condicionantes sociales y culturales, que le otorgan distintas significaciones a este acto.

Con la irrupción del estado (capitalista) comenzaron a desplegarse múltiples prácticas de control de la natalidad, las cuales tuvieron múltiples impactos en los cuerpos de las personas con capacidad de gestar. La criminalización de la anticoncepción, expropió a las mujeres de este saber que se había transmitido durante generaciones y les había proporcionado cierta independencia respecto al parto (Federici, 2004). En función de lo traído por la autora, es posible reflexionar acerca de cómo la anticoncepción continúa siendo un terreno de disputa donde se yuxtaponen, por un lado: los intereses/deseos de las personas que desean acceder a los mismo (en su mayoría cis mujeres) que encuentran en ellos un vehículo para controlar los procesos de natalidad y ejercer un poder relativo sobre sus corporalidades. Por otro -y al mismo tiempo- siendo ellas quienes ponen los cuerpos para evitar la procreación, ya que se puede inferir que son en su mayoría quienes concurren a los consultorios de salud sexual. La anticoncepción constituyó un mecanismo de control de los cuerpos, pero también una posibilidad de expandir la autonomía de las mujeres.

.....

4 Si bien la autora intenta interpelar al género “femenino” y habla en estos términos, se incluyen dentro de esta noción otras identidades de género.

Al igual que el parto, el aborto constituye una práctica que implica la vigilancia y la criminalización de quienes lo practican. Por lo que se puede inferir que, acceder al mismo, puede producir una ampliación a la ciudadanía sexual. Sostiene Maffia (2001) al respecto: el concepto clásico de ciudadanía está basado en una lógica liberal, donde ciertas prácticas son resignadas al ámbito doméstico, siendo una de ellas la sexualidad. Por ello, se apunta a un nuevo orden ciudadano; capaz de dar cuenta de las relaciones personales, las emociones, el género, la sexualidad, la identidad y los conflictos morales de la vida cotidiana. De este modo, es posible desmitificar a las prácticas sexuales como parte privada de los individuos, ya que no es posible escindirse de nuestro ser sexuado. La ciudadanía sexual implica reconocer que sólo seremos sujetos de pleno derecho si se nos garantiza el acceso a los derechos sexuales, identitarios y de cuidado, entre los que se encuentra la interrupción del embarazo. Tal como lo menciona el Centro de Estudios Legales y Sociales, CELS (2023) a partir de la promulgación de la Ley N° 27.610 se produjo una suerte de efecto simbólico que implicó el robustecimiento de la ciudadanía sexual. Asimismo, también tuvo un impacto concreto en las trayectorias de salud de las personas. Llevar a cabo este procedimiento, de manera legal, segura y gratuita instó a que los dispositivos sanitarios otorguen validez a la práctica y acompañen a quienes lo realizan. En función de lo narrado, resta preguntarse: ¿qué sucede cuando parte del proceso de interrumpir un embarazo se lleva a cabo en el espacio público? Se puede arribar a que el estado no sólo asume un rol activo participando en la producción y/o transformación de los modos en los cuales las personas abortan; sino que adquiere una obligación fundamental, vinculada con arbitrar los medios para que estas prácticas acontezcan en marcos seguros. Lo anterior, implica apartar la práctica de los ámbitos de domesticidad y visibilizarla en territorios públicos, tales como efectores de salud.

Caracterización del dispositivo grupal de acceso a IVE

Para comenzar, es preciso desarrollar una breve caracterización del subsistema público de salud de la CABA. El mismo, está integrado por Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac), que dependen de Hospitales generales. Según expone el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2022), estos efectores constituyen un primer nivel de atención, la puerta de entrada

al sistema público de salud. Pretenden generar un proceso de acercamiento de los profesionales hacia la población, con el objetivo de garantizar el cuidado de todos los habitantes. Dicha atención se brinda a partir de turnos programados o espontáneos de distintas especialidades (Pediatría, Trabajo Social, Psicología, entre otras). En la misma línea, se busca resolver las demandas de los usuarios y generar accesibilidad a tratamientos y medicación. A su vez, estos dispositivos realizan actividades de promoción y prevención de salud, tales como talleres, encuentros y otras estrategias que impliquen generar mejores condiciones sanitarias para los ciudadanos.

El Cesac sobre el que se elabora esta indagación, pertenece al área de referencia de un hospital ubicado en el Barrio de Parque Patricios. Para la realización de interrupciones de embarazo, el equipo de ambos efectores trabaja de manera coordinada, proveyendo el tratamiento adecuado en relación a algunas variables: la edad gestacional, si la persona tiene alguna comorbilidad, la zona de residencia, entre otras. Asimismo, hay que tener en cuenta que también se realizan derivaciones, por algún motivo de salud de la PCG o si se excede la 12, 5° semana. Siendo que, en el último caso es necesario que el procedimiento se realice en un efector de mayor complejidad (más allá de que pueda continuar siendo medicamentoso).

Según lo expresado por un informe de la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS de la Ciudad de Buenos Aires (2023), durante el primer semestre del 2023, un total de 810 personas accedieron a una interrupción de embarazo (incluyendo dicho Hospital y Cesacs de su área programática). El 11% de los casos fueron de adolescentes y el 91% se encontraban cursando hasta la semana 12.6 de embarazo, lo cual deja entrever que la gran mayoría de los procedimientos se enmarcan en una interrupción voluntaria sin causales. Según lo arrojado por esta investigación, este Hospital es el que más situaciones de interrupción asiste en toda la CABA.

Un dato que cobra suma relevancia, es que del total mencionado (810 tratamientos) casi el 20% fueron realizados en el Centro donde se desarrolló este estudio.

En relación al equipo que integra el dispositivo, está compuesto por varios profesionales de diversas disciplinas, entre las que se pueden mencionar: Trabajo Social, Medicina General, Ginecología, Psicopedagogía, Comunicación Social, entre otras. En este efector, el espacio de IVE, se desarrolla en línea con otras estrategias vinculadas al acceso a la salud sexual

integral. En función de ello, los profesionales que conforman dicho equipo, también integran el de salud sexual donde se realizan distintas actividades, tales como: postas de testeo rápido de infecciones de transmisión sexual, consejerías de salud sexual en las que se provee de métodos anticonceptivos (tanto en el centro de salud, como en instituciones educativas), talleres de embarazo en movimiento (para personas que desean continuar la gesta), entre otras. Asimismo, hace algunos años, por iniciativa de algunos profesionales comenzó a funcionar una consultoría de diversidad, en donde se acompaña a personas travestis/trans en sus procesos de salud-atención-enfermedad y cuidado.

El enfoque de abordaje es situado y en función de la singularidad de cada situación. No obstante, sostiene una de las profesionales del equipo: “siempre se solicita que haya participación en el espacio grupal. No están obligadas a comentar nada ahí, para eso está la entrevista individual. Pero sí que participen, así les podemos explicar cómo hacerse la interrupción” (Trabajadora social II). Tal como puede percibirse, la modalidad de atención requiere de la participación en el dispositivo grupal, que puede definirse como una charla en la que profesionales de distintas disciplinas explican detalladamente cómo realizar el tratamiento. Actualmente, y en línea con lo pautado con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación (2022), se ofrecen dos métodos de interrupción (dependiendo las características, comorbilidades y sobre todo la edad gestacional): la utilización de pastillas de misoprostol⁵ o el uso del tratamiento combinado que incluye dicha medicación y la ingesta de comprimidos de mifepristona⁶. Más allá de ser un tratamiento medicamentoso, es fundamental hacerlo acompañade si se realiza de manera ambulatoria. Por lo que, al momento de brindar una consulta por una IVE, también es necesario indagar y construir redes de sostenimiento para la realización de la práctica

.....

5 El misoprostol es un medicamento que produce contracciones en el útero. Esas contracciones provocan la expulsión del contenido uterino: el saco gestacional y tejido (similar al de la menstruación) que lo rodea (Dirección Nacional de Salud Sexual y reproductiva, Min de Salud, 2021).

6 La mifepristona es un compuesto cuyo principal uso es, en combinación con el misoprostol, la interrupción del embarazo. Al igual que el misoprostol, figura en la “Lista de medicamentos esenciales” de la OMS desde el 2005 y conforman junto con el misoprostol el régimen más eficaz y seguro de aborto con medicamentos. La mifepristona es un esteroide sintético con una acción antiprogéstágena porque compite con la progesterona por los mismos receptores uterinos (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Min de Salud, 2021).

de manera domiciliaria. Refiere una colega al respecto: “no es sólo dar la medicación, también indicarle que tiene que tomarla en un lugar tranquilo. Teniendo en cuenta que muchas tienen hijos o que se encargan de las tareas del hogar, es importante que ese día otro se ocupe de esas actividades” (Trabajadora Social III). En este sentido, se observa el enfoque de género que se impulsa desde el equipo, reconociendo la gran incidencia de las mujeres en el ejercicio de las tareas de cuidado; por lo que se incrementa la necesidad de socializarlos. En línea con ello, una de las colegas plantea: “otro de los requisitos es que sean acompañadas. No importa por quien, alguien que las apoye y esté de acuerdo con la práctica”. En este enunciado, se observa nuevamente la dimensión social del cuidado, pero desde otro aspecto: la necesidad de ser cuidadas y de promover acciones de autocuidado.

La accesibilidad al tratamiento requiere de dos instancias: la participación en el espacio grupal y la entrevista individual. En la primera, se trabaja sobre cuestiones generales (se explica cómo es el uso de la medicación, se desarrolla cómo es el marco normativo en la materia, se brindan señales de alarma, se indica cuáles son efectores amigables o guardias cercanas). Mientras que, en la segunda, se abordan cuestiones específicas, dependiendo las necesidades y demandas de cada PCG.

En lo que respecta a la población que concurre al espacio, se trata de cis mujeres⁷ y personas gestantes. La misma, suele ser bastante heterogénea en cuanto a: lugar de procedencia, cobertura de salud, edades, recursos simbólicos y/o socioeconómicos, red afectiva con la que cuentan, entre otras. Si bien gran parte de las participantes provienen del área programática del Cesac (Comuna N° 4 de la CABA), muchas otras viven en distintos barrios del conurbano bonaerense. Ello se vincula a la zona donde se sitúa este efector, que se encuentra en las cercanías de un puente que conecta CABA con las localidades de Lanús y Lomas de Zamora (provincia de Buenos Aires). En torno a la cobertura de salud, hay una incidencia similar de usuarias que se atienden en el sistema público y de aquellas que cuentan con obra social o prepaga. Respecto a la edad cronológica de quienes acceden al aborto, el promedio etario es de 24 años (López, 2021).

.....

7 Se hace referencia a cis mujeres y personas gestantes, ya que si bien la mayoría de las personas que llevan a cabo la práctica se autoperceben como mujeres, también acceden a la misma otras identidades de género: varones trans, personas no binarias, etcétera.

La grupalidad como contraofensiva al disciplinamiento de los cuerpos

Siendo que continúan existiendo múltiples mecanismos de castigo hacia los cuerpos de las mujeres (y feminizados), la existencia de espacios donde se aborde el aborto de forma grupal, permite cuestionar esa lógica y generar una mutua identificación entre quienes lo practican (llevando a cabo mecanismos de desmitificación del procedimiento). Asimismo, dicha grupalidad se piensa como una estrategia que debe basarse en los estándares explicitados en la legislación vigente, en relación al trato digno, la privacidad y la confidencialidad. En relación a ello, durante los espacios grupales las personas no están obligadas a exponer ni profundizar respecto a su situación particular. El dispositivo está pensado para que se pueda explicar cómo realizar la práctica, habilitando un marco de confianza (en donde si las personas lo desean, pueden plantear sus consultas e inquietudes).

Estos dispositivos colectivos, tratan la IVE como parte de la salud sexual integral, por lo que se considera que garantizarla está anclado a efectivizar otros derechos: al placer, al cuidado del cuerpo, a conocer/acceder a MAC, entre otros. Tal como menciona una de las trabajadoras del equipo: “Cuando alguien viene a hacerse una IVE, es súper necesario que se lleve un método anticonceptivo. Nosotras somos muy insistentes con eso” (Trabajadora Social I). A partir de este enunciado, se puede observar cómo el acceso a un aborto, se piensa en clave a garantizar otros derechos. Lo cual no sólo tiene que ver con la perspectiva que sostiene el equipo tratante, sino con los lineamientos de la Ley 27.610, el Protocolo de aplicación de la misma y otros materiales del Ministerio de Salud de CABA y Nación. En relación a ello, también se destaca que el abordaje es construido conjuntamente con el Programa de Salud Sexual de la Ciudad. “Cuando asumieron las actuales autoridades de la dirección (del programa), fue como un punto de inflexión. Comenzamos a trabajar de manera coordinada y alineada. Podemos solicitar fácilmente medicación, métodos anticonceptivos y derivaciones. La comunicación es bastante directa y hay apertura para trabajar con ellas” (Trabajadora Social I). En función de lo narrado, puede identificarse que el vínculo con dicha instancia de gestión, constituye un facilitador para la tarea cotidiana.

Si nuestros úteros son territorios políticos ¿cómo avanzamos hacia su democratización?

Retomando lo desplegado por Federici (2014), al negarle a las mujeres el control sobre sus cuerpos, el estado las privó de la condición fundamental de su integridad física y psicológica, degradando la maternidad a la condición de trabajo forzado, de una manera desconocida en sociedades anteriores. Desde esta lógica, las mujeres debieron procrear -incluso en contra de su voluntad- y se vieron forzadas a producir niños al servicio de la reproducción capitalista. A raíz de ello, nuestros úteros se convirtieron en un territorio político, sometido al control de los varones y los estados.

Partiendo de esta premisa se considera que, sí bien se despliegan múltiples mecanismos de vigilancia sobre los cuerpos, vidas y sexualidades de las mujeres, desde este espacio se permite que accedan a la salud de manera integral y se encuentren con personas que atraviesan una situación similar. Tal como expone una colega: “La charla se hace grupalmente porque vienen muchas mujeres. Además, para brindarles la misma información. Y por último, para que entiendan que tienen derecho a abortar, que no tienen que esconderse ni realizarlo en la clandestinidad” (Trabajadora Social III). A partir de la cita propuesta, se puede observar cómo se propone que ese espacio grupal permita que las PCG se sientan acompañadas por un equipo de salud y se perciban rodeadas de personas que también se van a realizar el tratamiento. En suma, ello habilita que reconozcan que se trata de una práctica enmarcada de un efector de salud, que se lleva a cabo dentro de un marco regulatorio a nivel nacional y que también es realizado por otras mujeres.

Entonces, ¿cómo politizar una práctica que históricamente se mantuvo dentro de los muros de la vida doméstica? O, mejor dicho, si el aborto es una cuestión política que desde sus inicios intentó ser invisibilizada ¿cómo lo colocamos en el centro de la escena pública, para qué sea pensado como una práctica de salud? Podemos afirmar que abortar es legal en Argentina, pero ¿es posible asegurar que abortar sea moral? Para acceder a esta prestación de salud, el recorrido institucional puede ser tedioso e incluso ser obstaculizado por profesionales que estén en desacuerdo con esta práctica. Es por ello que es oportuno cuestionarse de qué modos podemos revertir esta

lógica y naturalizarla. Tal como sostiene una de las colegas: “Encontrarse en el grupo con otras, es saber que no estás sola. Una cosa es saber que hay una ley, otra muy distinta es ver que otras lo hacen y que para colmo, un equipo de salud te acompaña y no te juzga” (Trabajadora Social II). De este modo, no sólo se garantiza la IVE como práctica, sino que se repiensa el aborto como narrativa. Si los discursos circulantes aún están aunados a la clandestinidad y el ocultamiento, estos espacios de visibilización permiten identificar que no sólo es una acción que se lleva a cabo conforme a la ley, sino que también va a ser acompañada por un equipo profesional; como cualquier otra intervención sanitaria. En este sentido, se puede observar la perspectiva de derechos que transversaliza el trabajo diario. Por la que, abortar forma parte de un amplio abanico de derechos a la salud sexual integral, que deben ser garantizados por los dispositivos de salud.

Es así que la grupalidad, asume una gran importancia y sirve de herramienta no sólo para optimizar el tiempo, sino para que las PCG se sientan cómodas para efectuar preguntas y en ese momento se genere un intercambio. En muchas ocasiones, luego de llevarse a cabo la charla, las participantes evacuan dudas entre ellas mismas - más allá de que puedan resolverse de manera individual-. Tal como plantea Burton “la grupalidad expone la cotidianeidad con la que las mujeres abortan, visibilizando sus singularidades, pero mostrando que están en la misma situación, con miedos y culpas idénticas a la que está al lado” (2017:115).

En la misma línea, al encontrarnos con otras que abortan, también podemos reconfigurar la relación con nuestros cuerpos. En base a lo planteado por Federici (2002) estos úteros, que son territorios meramente políticos, se colectivizan. No se trata de una relación puramente individual que tiene la persona con su cuerpo y con la realización de una práctica, sino la conformación de una grupalidad que se vincula de un modo determinado con los cuerpos y con el acto de abortar. De algún modo, se trata de reapropiarse de nuestras sexualidades y úteros -en términos de Federici-. Pero también de un espacio determinado: un Centro de Salud. Las IVEs suceden en todas partes, pero en este caso, se producen en un Cesac. Se construye una cotidianeidad, a la que asisten mujeres que abortan y que reconocen que otras también lo hacen. Tal como expone Burton “las mujeres alivianan un poco esa culpa viendo que hay otras, se sacan la mochila de “lo estoy haciendo sola”. Esto implica poner en acto la consigna feminista “lo personal es polí-

tico” al resignificar las vivencias singulares en experiencias colectivas”. Es así, que se puede inferir que, conformando esta grupalidad, se democratizan los derechos (y nuevamente, los úteros de las PCG) (2017:115).

A modo de cierre

A partir de lo explicitado, se considera fundamental reconocer al aborto como acción, narrativa y práctica que nos atraviesa a todas las personas, más precisamente a aquellas con capacidad de gestar. Garantizar el derecho a una IVE no puede estar reducido a habilitar la realización de un tratamiento medicamentoso, sino que deben promoverse espacios grupales y colectivos que visibilicen y pongan en agenda al aborto (en los micro escenarios que transitamos). Esto de ningún modo implica que quienes lo lleven a cabo exponen su situación, sino simplemente que se promuevan espacios de encuentro donde pueda visibilizarse una problemática existente desde antaño que, en la actualidad, cuenta con un marco regulatorio nacional para garantizarse desde los dispositivos de salud.

En relación al acompañamiento, se considera que este es sostenido en el tiempo y no se reduce al espacio de consulta: se continúa con la atención post aborto. Se puede sostener que el mismo se da en tres líneas principales: individualmente (a través de entrevistas), grupalmente y a partir del seguimiento de las situaciones. Asimismo, la realización de consejerías permite que se trabajen otras temáticas vinculadas a la salud sexual integral.

Según la información obtenida, es posible considerar que el encuentro entre personas que abortan, permite democratizar la práctica, expulsarla del ámbito de lo doméstico/privado y reconocerlo como una acción pública; que no sólo está regulada por un marco legislativo en la materia; sino que se ha llevado adelante históricamente, con mayor o menor riesgo. En este sentido, los abortos deben asumirse en términos de interseccionalidad, por lo que cobran distintos sentidos y se realizan de diferentes modos, dependiendo la clase social, etnia, religión, edad y las condiciones en las que se produce y reproduce la vida. Lógicamente, existen múltiples inequidades en torno a la accesibilidad a esta práctica. Por ello, es necesario precisar que esta indagación fue realizada en el ámbito de CABA, jurisdicción que cuenta con recursos para garantizarla (más allá de que puedan existir diversos obstáculos para tal fin).

Si bien es fundamental la existencia de un marco legislativo que regule la práctica, no es suficiente: deben existir políticas públicas que la acompañen para promover una verdadera transformación. Asimismo, se considera que ante las injusticias no basta solo con apelar a los derechos que están escritos. Necesitamos revisar lo que hacemos y qué efectos -y afectos- produce en les demás y, en función de ello, desarrollar acciones que generen un mundo más vivible para todes.

Teniendo en cuenta que continúan existiendo múltiples mecanismos de castigo hacia los cuerpos de las mujeres (y feminizados), se acentúa la necesidad de espacios donde se aborde el aborto de forma grupal, permitan cuestionar esa lógica y generar una mutua identificación entre quienes lo practican (llevando a cabo mecanismos de desmitificación del procedimiento). Asimismo, al abordar las situaciones desde una perspectiva de género, también se trabaja en relación a la dimensión social del cuidado: incrementando la necesidad de expandir redes que cuiden y descompriman las tareas domésticas de las mujeres que acceden a las IVE (más aun teniendo en cuenta que la práctica es ambulatoria y domiciliaria).

Para concluir, se retoman las palabras esbozadas por Federici (2002). Sí nuestros úteros son territorios políticos, estos espacios adquieren un rol clave para que podamos reapropiarnos de la sexualidad que nos fue negada, donde abortar no es un acto meramente individual, sino que se evidencia como una acción colectiva. En este sentido, se puede dilucidar que apropiándonos de este espacio, también resignificamos nuestros cuerpos y decisiones, donde nuestro útero (arena de conflictos y luchas) adquiere otras significaciones: no sólo se trata de que yo decida sobre mí, sino que muchas mujeres podemos decidir sobre nosotras. Esto asume un trasfondo meramente político, dónde lo privado se convierte en público. Si bien el estigma sigue rodeando la práctica, esto permite despojarse -al menos parcialmente- de la culpabilización en la que estuvo históricamente envuelta.

Referencias bibliográficas

- Burton, Julia (2017). "Registrar y acompañar: acciones colectivas por el derecho al aborto en la ciudad de Neuquén". *Revista Zona Franca*, (25), 89-125
- Butler, Judith (2006). *Des hacer el género*. Buenos Aires, Argentina, Paidós.

CELS, ELA, FUNDEPS, Amnistía Internacional y Fundación Mujeres x Mujeres (2023) Exámen periódico universal - 4 ° Ciclo. Aporte al Examen de Argentina. Acceso al aborto en Argentina”.

Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS de CABA (2023) *Informe Respuesta a IVE/ILE en AP Penna. 1er. Sem. 2023*. Buenos Aires, Argentina.

Federici, Silvia (2012). *El calibán y la bruja*. Buenos Aires, Argentina, Tinta Limón.

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2022). *Como trabaja el primer nivel de atención de salud pública de la ciudad*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://buenosaires.gob.ar/noticias/como-trabaja-el-primer-nivel-de-atencion-de-salud-publica-de-la-ciudad>

Ley Nacional N° 27610 (2020). “Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo”. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm>

López, Florencia (2021). “Reflexiones en torno a la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo y las particularidades en el equipo de SSyR del CeSAC N° 39 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

Maffia, Diana (2001) *Ciudadanía sexual: derechos, cuerpos, géneros e identidades*. Instituto interdisciplinario de estudios de género, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Marradi, Alberto; Archenti, Nélica y Piovani, Juan Ignacio (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina, Emecé.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022) *Protocolo para la atención integral a las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. IVE/ILE*. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

Peker, Luciana (2018) *Putita golosa: por un feminismo del goce*. Buenos Aires, Argentina, Galerna.

Peralta, Guillermina (2016). *El aborto en el marco de la praxis política feminista. Política prefigurativa y sentidos hegemónicos puestos en cuestión por la Colectiva Feminista La Revuelta* (Tesis de Licenciatura) Facultad de Derecho y Ciencias, Universidad Nacional de Comahue, Río Negro, Argentina.

Recibido: 15/03/2024

Aceptado: 01/11/2024