



XI Jornadas de Sociología de la UNLP

Sociologías de las emergencias en un mundo incierto

**“La dimensión de género en el proceso de accesibilidad y atención del aborto voluntario:
un estudio cualitativo desde la perspectiva de los equipos de salud”**

Autora: Lorena Setien

Universidad Nacional de La Plata

lorenasetien@hotmail.com

Resumen:

El presente trabajo sintetiza algunos de los principales resultados de un estudio etnográfico realizado en tres centros de atención primaria de la provincia de Buenos Aires, en el período 2020-2021, con el objetivo de reconocer las representaciones de sus trabajadores/as acerca de la sexualidad y la (no)reproducción de las mujeres que deciden abortar. Retomando la perspectiva de género como dimensión analítica, el estudio busca aportar evidencia empírica acerca de la forma en que las relaciones de género y los mandatos sociales patriarcales se resignifican en los discursos de los/as trabajadores/as de la salud y modulan la manera en que las mujeres que deciden realizar un aborto en el marco de la Ley de IVE acceden al sistema sanitario y son atendidas.

Se trata de un estudio cualitativo de carácter descriptivo y comparativo, que utiliza la entrevista como herramienta metodológica principal para la recolección de datos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 28 trabajadores/as de salud, profesionales y no profesionales, con cuotas por efector. Los datos fueron analizados tomando como punto de comparación el equipo al que pertenecía cada participante, el rol que desempeñaba y su grado de participación en los espacios de consejería.

Los resultados develan que, entre los/as trabajadores/as que integran espacios de consejería de los tres efectores, prevalece una mirada integral de la salud, vinculando el embarazo no intencional a situaciones de desigualdad de género estructural, lo que contribuye a tener una visión amplia de las causales de no punibilidad (ILE) y a concebir la atención del aborto como una oportunidad para desnaturalizar mandatos patriarcales y problematizar relaciones de género opresivas, habilitando en las mujeres la **posibilidad de autonomía** (Fernández, 2000).

Por su parte, entre quienes no participan de estos espacios, prevalecen representaciones patriarcales que asocian la sexualidad a la reproducción, que vinculan el cuidado a la noción de riesgo y que reducen las prácticas anticonceptivas a la responsabilidad de las mujeres. Estas representaciones redundan en **barreras simbólicas de accesibilidad** (Solitario & otros: 2008) que enfrentan las mujeres para acceder al aborto voluntario, y que se reflejan en prácticas y discursos que operan como “estrategia biopolítica de culpabilización” (Tajer y Fernández, 2015:15).

Palabras clave: Aborto – Atención integral – Perspectiva de Género

Introducción:

En nuestro país, el marco normativo que regulaba la despenalización del aborto desde 1921 se basaba en el modelo de causales. En ese marco, el Código Penal de la Nación, en su artículo 86, establecía que la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) era posible sólo cuando ese embarazo representaba un riesgo para la vida o para la salud de la persona gestante o cuando era producto de una violación. Sin embargo, el Modelo Médico Hegemónico, que basa la atención de la salud en una perspectiva individualista, biologiscista y ahistórica de los padecimientos (Menéndez, 2005), ha logrado imponerse también en la atención de los abortos, escindiendo las situaciones de aborto de las desigualdades sociales que estructuran las experiencias de vida de las mujeres.

El modelo de causales hizo que históricamente los/as profesionales de la salud se posicionaran como “guardianes de los permisos” (Berra: 2017), primando una interpretación restrictiva de las causales. Atravesados/as por el reduccionismo biologicista, los/as médicos/as referían la causal salud a situaciones de riesgo físico evidente (Ramos et al.: 2014), desestimando otras dimensiones de la salud integral de las mujeres que pudieran estar siendo afectadas por un embarazo no deseado. Además, al separar la situación del aborto de la estructura social que la enmarca, se invisibilizaban los factores sociales que condicionan y desigualan la capacidad de las mujeres de decidir libremente sobre su sexualidad y su reproducción. En esta misma línea, la causal violación históricamente se redujo a casos de mujeres con discapacidad, es decir, a situaciones en las que se podía comprobar científicamente que la mujer no había tenido la capacidad de evitar ese embarazo. De esta manera, la justificación de causales operó durante un siglo como “estrategia biopolítica de culpabilización” (Tajer y Fernández, 2006:15), responsabilizando a las mujeres de las circunstancias de su embarazo.

En el año 2012 el Fallo F.A.L de la Corte Suprema de Justicia marcó un punto de inflexión en la interpretación correcta de las causales, ratificando la obligación de los servicios de salud de garantizar el acceso al procedimiento en los casos habilitados por la ley sin necesidad de judicializarlos. El fallo se detuvo en remarcar la interpretación no restrictiva de la causal violación, haciendo referencia al principio de igualdad ante la ley de todas las víctimas (con o sin discapacidad). También se descartó cualquier duda sobre la posibilidad de persecución penal hacia los/as profesionales de la salud que garantizaran la práctica de ILE, lo que permitió que quienes realizaban consejerías pre y post aborto pudieran posicionarse como prestadores legítimos de un servicio de salud.

En este contexto, el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2015 y revisado en diciembre de 2019, va a marcar un faro en las intervenciones de los equipos de salud, buscando institucionalizar estrategias que eliminen las barreras de accesibilidad y garanticen el derecho a la ILE en todos los efectores de salud. En el caso de la provincia de Buenos Aires, fue recién en enero de 2020, a partir de la firma de la resolución conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, que el gobierno bonaerense adhirió al protocolo nacional. Esta decisión política estuvo acompañada por un plan de fortalecimiento y capacitación de equipos de salud, por la compra y distribución de misoprostol a los efectores de la provincia que realizaban la práctica y por la construcción e implementación, por primera vez, de un registro oficial de acceso a la ILE.

En sintonía con estas políticas y al calor de las luchas feministas, el 30 de diciembre de 2020 fue sancionada la Ley Nacional N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. La Ley de IVE reemplaza el anterior marco normativo y propone un modelo mixto, estableciendo que hasta la semana catorce (14) de gestación todas las personas gestantes tienen derecho a interrumpir su embarazo de forma voluntaria, mientras que luego de ese plazo el acceso al aborto legal sigue basándose en el sistema de causales. “Este hecho marca un hito en la ampliación de derechos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar; propone un modelo de atención y cuidado de la salud que reconoce la autonomía de las personas para decidir, restituyendo así la soberanía y autoridad epistémica sobre su cuerpo a quien lo porta y habita.”¹

El cambio en el modelo de atención que plantea la nueva Ley de IVE requiere para su implementación un proceso de adecuación de los equipos de salud, de modo que faciliten la accesibilidad de las mujeres y personas con capacidad de gestar de manera oportuna y contribuyan, durante todo el proceso de atención, a generar condiciones para la toma de decisiones libres y autónomas.

Si bien, con el nuevo marco normativo, la mayoría de las interrupciones voluntarias de embarazo que se practican en el primer nivel de atención no necesitan del proceso de justificación de causales por parte de los/as profesionales, lo cierto es que la accesibilidad de las mujeres al sistema de salud sigue estando condicionada por el modelo de atención que despliegan los equipos. Por ello, el desafío sigue siendo conocer los sentidos subyacentes en

¹ Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires. Dirección provincial de Equidad de Género en Salud. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. 2021

los discurso y prácticas de los integrantes de los equipos de salud acerca de las mujeres que deciden abortar y, tomando la perspectiva de género como dimensión analítica, describir la forma en que esas representaciones del equipo se articulan en la atención y facilitan u obstaculizan la toma de decisiones de las mujeres.

Acerca de la investigación:

Este trabajo sintetiza algunos de los resultados de un estudio etnográfico realizado en tres centros de atención primaria de la provincia de Buenos Aires, en el período 2020-2021, con el objetivo de reconocer las representaciones de sus trabajadores/as acerca de la sexualidad y la (no)reproducción de las mujeres que deciden abortar. Dicho estudio se desarrolló gracias al apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA 2020-2021, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud.

Objetivo General:

Conocer las representaciones sociales de los/as integrantes de los equipos de salud de tres centros de atención primaria de la provincia de Buenos Aires acerca de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo y describir la forma en que esas significaciones se articulan durante el proceso de atención condicionando la accesibilidad de las mujeres a la práctica del aborto.

Objetivos Específicos:

- Describir y comparar las estrategias de abordaje desplegadas por los equipos de salud para garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Indagar los sentidos que enuncian los/as integrantes de los equipos de salud acerca de la sexualidad y la (no)reproducción de las mujeres que deciden abortar y la forma en que esos sentidos se articulan durante el proceso de accesibilidad y atención.
- Reconocer y analizar de qué modo las representaciones de los equipos sobre las mujeres generan, durante el proceso de atención, condiciones de significación que facilitan u obstaculizan a las mujeres el ejercicio de la autonomía sobre su cuerpo.

Marco Teórico:

El presente trabajo parte de una perspectiva integral de la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedades (OMS: 2006). Esta perspectiva, superadora del reduccionismo biologicista, permite reconocer, de manera relacional y dinámica, el modo en que los sujetos interactúan con las condiciones sociales que los rodean y las formas complejas en las que esa interacción

con el contexto interviene en el desarrollo de su bienestar personal. En el tratamiento del aborto, una perspectiva de salud integral permite contemplar el malestar psicosocial que supone la experiencia de decidir sobre un embarazo no intencional y sobre la posibilidad de una maternidad forzada. Sin embargo, las prácticas de los equipos de salud tradicionalmente han estado atravesadas por el Modelo Médico Hegemónico (Menendez: 1988), por lo cual han restringido el acceso a la ILE, en los casos de causal salud, a las situaciones en las que había una afectación física evidente, desconsiderando las otras dimensiones de la salud integral de las mujeres.

La predisposición histórica de los/as profesionales de la salud a garantizar el aborto sólo en casos de riesgo de vida de las mujeres ((Ramos et al.: 2014), restringida principalmente a la atención hospitalaria post aborto, redundando en una estrategia de disciplinamiento del cuerpo de las mujeres (Fernandez & Tajer: 2006), y es considerada una violación a los derechos humanos de las mujeres (Tajer: 2018). En este punto cabe mencionar que, retomar perspectiva de derechos para analizar el acceso al aborto voluntario implica concebir esta práctica como un derecho humano fundamental de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, independientemente de los debates morales y biomédicos en torno a la temática. En ese sentido se apela a “no confundir el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener que dirimir frente a su decisión personal de abortar o no” (Fernandez & Tajer: 2006).

Por otro lado, este trabajo retoma para el análisis la perspectiva de género, entendida como elemento constitutivo de las relaciones sociales (Scott: 1986; Lamas: 1995). La división basada en las diferencias sexuales vertebrando la organización y la percepción de lo social, asignando roles y atribuyendo características diferenciales a mujeres y varones en función de una construcción simbólica arbitraria que responde a las expectativas de cada momento histórico y que refleja una valoración desigual de lo masculino y lo femenino, siendo el género la manera primaria de significar el poder (Bourdieu citado por Scott: 1986). Desde esta perspectiva, la ocurrencia de un embarazo no deseado por las mujeres y las desigualdades que esta experiencia devela acerca del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, serán analizadas en el marco de una ciudadanía moderna que reactualiza el contrato sexual (Pateman: 1995) y habilita un ejercicio de los derechos sexuales de manera desigual por parte de las mujeres (Maffia: 2001). En ese sentido, se pretende analizar las prácticas de accesibilidad y atención de las mujeres en situación de aborto dentro del sistema de atención primaria de la salud, entendiendo que las representaciones sociales de los/as trabajadores sobre las mujeres que deciden abortar pueden reproducir desigualdades estructurales y

obstaculizar el ejercicio de sus derechos; o bien pueden, durante el proceso de atención, habilitar las condiciones simbólicas para que las mujeres logren ejercer su autonomía (Fernández: 2000) y, a su vez, problematizar la situación del aborto en el marco de relaciones de género patriarcales.

Finalmente, este proyecto concibe la atención de las mujeres en situación de aborto en el marco del feminismo interseccional (Setien al et.: 2017) entendiendo la necesidad de contemplar las múltiples dimensiones imbricadas en las relaciones de poder: género, clase, edad, “raza”, etnia, entre otras; para analizar las formas complejas en las que esas dimensiones se intersectan y entrelazan generando condiciones de desigualación específicas que influyen en la construcción identitaria y en el desarrollo de la salud de las mujeres.

Ejes conceptuales:

En el marco de relaciones de género desiguales y jerarquizadas, las mujeres construyen su identidad y configuran su autoestima. Ese proceso subjetivo, denominado modo de subjetivación (Tajer: 2009), hace referencia a la relación entre los mandatos sociales de género y la manera en que cada sujeto los internaliza y construye su singularidad. Según esta concepción, el modo de subjetivación tradicional del género femenino estuvo ligado, históricamente, a la conyugalidad y la maternidad como símbolos de prestigio social y como elementos estructuradores de la vida de las mujeres. Estas ideas hegemónicas van a condicionar la forma en que las mujeres conciben la sexualidad y la reproducción.

En este contexto, la maternalización de las mujeres (Fernandez: 1993; Nari: 2004) va a instalar en el imaginario social la idea de que la mujer alcanza su realización personal a través de la maternidad. De esta manera, la reproducción y las tareas de cuidado se van a asociar a una supuesta naturaleza femenina (el instinto materno), prescribiendo para las mujeres un conjunto de acciones apropiadas y deslegitimando otras que no encuadran en ese paradigma.

Otra de las consecuencias que el modo de subjetivación tradicional trajo aparejado a la vida de las mujeres se expresa en la idea de obligatoriedad conyugal (Rostagnol: 2016). Esta idea se asienta en el mito moderno del amor romántico, que sentimentaliza la expresión del placer y la circunscribe a los vínculos de pareja. De esta manera, el amor se convierte en el pilar de la dominación masculina (Puleo: 1995), ya que cómo describe la autora, “no serán las limitaciones legales o morales las que permitan la hegemonía patriarcal, sino la propia dinámica de las inversiones afectivas, de las necesidades y de los intereses de ambos sexos socializados de manera muy diferente”. La romantización de los vínculos significó para las mujeres la pérdida de autonomía, ya que al interior de la pareja muchas sacrificarán su propio

deseo para complacer al varón. Pero además, esa obligación de complacer va a funcionar como justificación de comportamientos abusivos, naturalizando la falta de consentimiento de las mujeres y condicionando la negociación con su compañero sexual respecto al ejercicio de la sexualidad y a las decisiones tomadas sobre las prácticas anticonceptivas.

Tener en cuenta estas dimensiones sociales y la forma compleja en que intervienen en la subjetividad de las mujeres debe ser parte de la escucha activa durante el proceso de atención. Asimismo, problematizar en las consultas la forma en que esos mandatos sociales reproducen las desigualdades de género permitiría a muchas mujeres desnaturalizar situaciones de abuso y vulnerabilidad en las que están inmersas y poder tomar decisiones sobre su cuerpo con mayor autonomía y determinación.

Para dar cuenta de estas dimensiones y de la manera en que se expresan institucionalmente es fundamental se partirá de analizar las representaciones sociales (Jodet: 1984) entendida como saber común compartido, conjunto de imágenes, nociones, creencias que funcionan como entidades operativas para el entendimiento, la comunicación y la actuación cotidiana, definiendo las situaciones y las formas de actuar sobre ellas. Poder dar cuenta de estas dimensiones y de la manera en que se expresan institucionalmente es fundamental para lograr una mirada compleja sobre la realidad de las mujeres en situación de aborto, que aporte a los equipos de salud herramientas conceptuales para lograr una intervención integral que mejore las condiciones de accesibilidad de dichas mujeres.

Materiales y Métodos:

Se trata de un estudio cualitativo (Scribano, 2008) de carácter descriptivo y comparativo, que retoma los aportes de la etnografía como enfoque (Guber, 2001: 12), entendida como “concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros”.

La elección de los centros de salud que conformaron el referente empírico de este estudio estuvo atravesada por dos acontecimientos que marcaron el contexto:

- La situación de pandemia, que obligó a la reorganización del sistema de salud a nivel territorial para poder dar respuestas diferenciadas a las demandas relacionadas con el COVID y, a su vez, garantizar el sostenimiento de los servicios esenciales de salud sexual. Esto hizo que muchos equipos de salud se abocaran a la atención de consultas respiratorias, a operativos de testeo y vacunación y al seguimiento de casos activos de COVID; modificando la dinámica de trabajo y, en algunos casos, afectando el funcionamiento de los equipos de consejería.

- La sanción, en diciembre de 2020, de la Ley Nacional N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que implicó la reorganización y adecuación de los servicios de salud a fin de garantizar que todos los efectores garantizaran el acceso oportuno al aborto voluntario, dentro de los plazos y condiciones establecidas por el nuevo marco normativo.

En este contexto, se evaluó la situación de los equipos de salud y se definió una muestra compuesta por tres centros de atención primaria de diferentes municipios que contarán con equipo interdisciplinario de consejería en IVE-ILE y que hubieran podido sostener su funcionamiento durante la emergencia sanitaria.

Asimismo, la selección de la muestra respondió a criterios demográficos y epidemiológicos, siendo Almirante Brown, Lanús y Quilmes tres de los municipios bonaerenses que más ILE registraron en el año 2020.²

Durante la investigación se indagó a trabajadores/as de los tres espacios seleccionados, conformando una muestra no probabilística de 28 participantes, con cuotas por municipio. La construcción de la muestra se realizó de manera progresiva a través de la técnica de bola de nieve (Scribano, 2008:36), siendo los/as directivos/as de los CAPS los/as principales colaboradores/as para identificar a potenciales participantes y facilitar el acceso a ellos/as de acuerdo al perfil y la disponibilidad de cada uno/a.

Se priorizó a participantes con más de 5 años de antigüedad en los equipos, seleccionando de manera arbitraria trabajadores/as de distintas disciplinas y áreas, tanto profesionales de la salud como técnicos/as y administrativos/as, de acuerdo a los fines del proyecto de recuperar de manera integral la perspectiva de los/as distintos/as participantes del proceso de atención. De esta manera se buscó descentralizar la mirada de los/as profesionales médicos/as, objeto de estudio privilegiado en investigaciones precedentes.

La principal herramienta para la recopilación de los datos primarios fueron las entrevistas individuales semiestructuradas realizadas a los/as integrantes de cada uno de los equipos. Desde el enfoque cualitativo, la entrevista de investigación (Guber: 2001) se concibe como una conversación, donde el/a investigador/a busca incitar a la persona para que se explaye con toda la riqueza expresiva de su discurso, al tiempo que busca orientar el hilo argumentativo según los temas abordados. Esto implicó un ejercicio reflexivo en la selección y el contacto de los/as participantes, en el diseño de la guía de preguntas y en el desarrollo mismo de las entrevistas.

² Dirección de Salud Sexual. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Informe de Gestión 2020

Dada la situación epidemiológica, se decidió acotar las instancias presenciales del trabajo de campo, dándole la opción a cada participante de realizar la entrevista de manera virtual. La mayoría optó por esta alternativa, acordando el encuentro en horarios no laborales para poder conectarse y dialogar con mayor disponibilidad y privacidad. Sólo algunos/as de los/as participantes, principalmente administrativos/as, prefirieron realizar la entrevista en horario laboral para “no llevarse trabajo a sus casas”, a la vez que manifestaron tener problemas de conectividad, por lo que se optó por la alternativa de la entrevista presencial. Las entrevistas virtuales se realizaron a través de la plataforma Zoom y grabadas en archivos de video mp4, mientras que las presenciales se grabaron en archivos de audio a través de un dispositivo móvil.

Las variables propuestas para el análisis de la perspectiva de los equipos de salud se pueden agrupar de la siguiente manera:

- **Proceso de accesibilidad y estrategias de abordaje:** esta dimensión incluyó la representación de los trabajadores sobre las distintas instancias del proceso de accesibilidad de las mujeres a la IVE (acceso inicial, consejería, acceso al procedimiento, seguimiento y evaluación post aborto), como así también los sentidos que le atribuyen a su rol dentro de ese proceso.
- **Implementación del nuevo marco normativo:** incluyó la percepción de los sujetos acerca de los cambios derivados de la aprobación de la Ley 27610 tanto en la demanda como en la respuesta desplegada por el equipo.
- **Representaciones sobre las mujeres que acceden a la IVE:** incluye los sentidos atribuidos al ejercicio de la sexualidad, la reproducción, la maternidad, la conyugalidad, el embarazo no intencional, como así también las perspectivas y posicionamientos respecto a la interrupción voluntaria del embarazo y la justificación de causales.

La codificación de los enunciados se realizó en base a estas variables, mientras que la comparación estuvo orientada según el sujeto de la enunciación, teniendo en cuenta el equipo al que pertenecía y su rol en el mismo.

Para el procesamiento de los datos se utilizará el software Atlas/ti 9.1 que permite codificar por variable los audios y videos. Una vez codificados, se transcribieron las citas seleccionadas.

Resultados:

A continuación se comparten algunos de los resultados del análisis de la tercera variable, vinculada a las representaciones de los/as trabajadores de la salud acerca de la sexualidad y la (no)reproducción de las mujeres que deciden abortar.

Sexualidad y Reproducción: un binomio difícil de separar

Al ser consultados/as por la forma en la que las mujeres ejercen su sexualidad, los/as profesionales de los tres centros de salud, integrantes de los equipos de consejería en IVE, coinciden en que, según los relatos que traen las usuarias, hay una ausencia de la dimensión del placer, e incluso, una dificultad para reconocer el displacer o el dolor en las prácticas sexuales. Según ellos/as, en la mayoría de las mujeres la sexualidad aparece ligada a la posibilidad, a veces inevitable, de tener hijos/as y a la responsabilidad de complacer a sus pajaras, no pudiendo problematizar la falta de deseo al interior de sus vínculos. Asimismo, sostienen que predominan relaciones de género violentas y que si bien en las adolescentes hay más libertad en el ejercicio de su sexualidad, en términos de disrumpir con la monogamia obligatoria y la heteronormatividad, estas prácticas también se dan en el marco de relaciones desiguales que afectan las decisiones de las mujeres. Por su parte, advierten que el cuidado aparece en las consultas relacionado al temor de un embarazo, al miedo de contraer alguna infección de transmisión sexual y/o a la necesidad de control impuesta desde el sistema de salud- *“me tengo que hacer el pap”*- pero difícilmente aparece en términos de disfrute mutuo.

En relación a las prácticas anticonceptivas, estos/as profesionales coinciden en la importancia de encuadrar la elección de los métodos en función del proyecto de vida de las mujeres. En este sentido, advierten que en muchas mujeres, principalmente las más jóvenes, hay un cambio de posicionamiento en función al proyecto de maternidad, que pasa a ser una alternativa y no un destino. Sin embargo, reconocen que para las adultas esto es más complejo: *“siento que las mujeres todavía sienten la necesidad de justificar por qué no quieren ser madres”*.

Si bien reconocen un mayor agenciamiento de las mujeres a la hora de decidir cómo cuidarse, los/as profesionales advierten distintas formas en que la violencia de género limita la autonomía de las mujeres en relación a su reproducción:

“A veces cuando hay situaciones violentas que la mujer no quiere tener más hijos y el hombre sí, la mujer se escapa y se pone la inyección.”

“El preservativo muchas veces es re difícil de negociar por lo relatos que traen (...) el discurso, muchas veces violento, de varones, que plantean 'si vos estás conmigo ¿por qué no

querés tener mis hijos? ¿o estás con otras personas? ... pienso en estos ejemplos donde la persona, dentro de ese vínculo, no está pudiendo expresar su deseo de maternidad.”

En este marco, los/as integrantes de los equipos de consejería refieren que las principales causas de los embarazos no intencionales tienen que ver con la imposibilidad de concebir la sexualidad separada de la reproducción, con situaciones de violencia de género naturalizadas al interior de las relaciones que limitan las posibilidades de cuidado de las mujeres, con la falta de educación sexual integral y la mala información sobre el uso correcto de los métodos, y con barreras de accesibilidad, materiales y simbólicas, del sistema de salud.

Paralelamente, entre los/as profesionales que no forman parte de los espacios de consejería, la mayoría coincide con los/as integrantes de los equipos de consejería en la dificultad de las mujeres para reconocer el placer y disociar la sexualidad de la maternidad, aunque se distinguen en este grupo dos posiciones. Por un lado, los/as profesionales médicos/as sostienen que la mayor libertad de las mujeres en el ejercicio de su sexualidad vino aparejada con un menor grado de cuidado, y que éste último se limita, en la mayoría de las mujeres, a la anticoncepción: *“no entienden que un embarazo es lo menos que les puede pasar”*. Prevalece en ellos/as una fuerte connotación a la noción de riesgo. Por otro lado, los/as profesionales no médicos/as introducen dimensiones del cuidado ligadas a la educación, la posibilidad de hablar de sexualidad en las familias y la importancia de poder consensuar los proyectos de maternidad con las parejas.

Entre los/as administrativos/as y técnicos/as entrevistados/as, en cambio, predomina un discurso que naturaliza la asociación entre sexualidad y reproducción. Éstos expresan una preocupación por advertir que las mujeres, principalmente las adolescentes, *“no se cuidan”*, entendiendo el cuidado en términos meramente anticonceptivos. Asimismo, refieren que las mujeres actualmente son más libres, asociando la idea de libertad a la desinhibición – *“están más lanzadas”*- y a la posibilidad de elegir con quién vincularse sexualmente sin prejuicios – *“son de tener varias parejas, de estar con uno, con otro, sin importar raza ni religión”*-. No obstante, reconocen que esa libertad aún es cuestionada socialmente y que, aunque las mujeres ejerzan su sexualidad sin culpas, sigue habiendo machismo y violencia en los vínculos que construyen.

Por su parte, la anticoncepción es representada por los/as trabajadores/as administrativos/as en función de su rol para garantizar el acceso a los insumos, describiendo diferentes estrategias de dispensa. En cuanto a la elección de los métodos anticonceptivos, la mayoría pondera el criterio de los/as profesionales: *“El criterio que usan es lo que les da la ginecóloga(...) ellos se aseguran que elijan un método según el cuadro clínico de la*

paciente.”. Algunos/as administrativos/as hacen referencia a su influencia en la elección de las usuarias -“*tratamos de convencerlas para que no se vayan sin nada*”-, pero en ningún caso se menciona la voluntad de las mujeres.

Finalmente, la mayoría describe los embarazos no intencionales como consecuencia de la falta de responsabilización de las mujeres en la anticoncepción: “*no se cuidaron como se tenían que cuidar*”, “*se olvidan de tomar las pastillas*”, “*no se acercan a buscar los métodos por comodidad*”. Ninguno reconoce barreras de accesibilidad y si bien una minoría mencionó dificultades para negociar el uso de los métodos anticonceptivos, estos no fueron problematizados como situaciones de violencia de género, sino como eventuales causas del embarazo:

“... no sé, por ahí no se cuidó, y por ahí el marido no quería que tome pastillas, o se cuidaba con preservativos y dejó de cuidarse, o se cuidaban con los días ¿viste? por ahí quedan embarazadas así también”.

Y entonces la IVE: un modelo de atención en disputa

En las entrevistas se indagó sobre la interpretación de los/as participantes respecto de las causales que regulan el acceso a la ILE, como así también su perspectiva sobre los motivos enunciados por las mujeres para acceder a una IVE.

En relación a las causales, todos/as los/as integrantes de los equipos de consejería coinciden en una interpretación amplia, concibiendo la violación como toda relación no consentida, mientras que la salud es interpretada de manera integral, contemplando el riesgo físico, psíquico y/o social para la persona gestante. En este punto, sostienen que la postura era la misma cuando el marco normativo era más restrictivo, y hacen hincapié en el respeto a la autonomía de las mujeres como principio rector para garantizar el acceso:

“el sólo hecho de que la persona manifieste que no quiere atravesar ese embarazo y que no quiere maternar, y forzarla a que geste en contra de su voluntad, va a modificar su cuerpo, su estado de ánimo, su psiquis y va a modificar también su vida social en cuanto a la posibilidad de acceder a un trabajo, de cuidar a su familia, de sostener lazos... con lo cual, cuando existe la necesidad de poner un causal por la cantidad de semanas lo que hacemos es simplemente abrir la escucha.”

Asimismo, en los tres equipos coinciden en que con el nuevo marco normativo “*ahora no hace falta que digan por qué quieren abortar*”. Los/as profesionales entrevistados/as reconocen múltiples motivos por lo que la mujer puede decidir no maternar, que conjugan aspectos subjetivos referidos al deseo, con otros relacionados a las circunstancias que

atravesan en ese momento, como la situación económica, laboral, familiar, etc. Al mismo tiempo, reconocen que el acceso al aborto es una oportunidad para repensar el proyecto de maternidad. Así, sostienen que algunas mujeres abortan porque deciden no ser madres, otras porque prefieren postergar la maternidad para otro momento de sus vidas donde puedan transitarla de una manera más amorosa, y otras porque no quieren tener más hijos.

En este punto, la concepción de maternidad como función social femenina aparece en los relatos de los/as profesionales vinculado a la decisión de abortar:

“Las adolescentes te dicen que no es el momento, quizás no tienen el instinto maternal que quizás se desarrolla un poquito más avanzada la edad ¿no? Y después tenés mujeres que, al contrario, tienen muchos hijos y bueno, la interrupción forma parte de que han cumplido ya su ciclo.”

Finalmente, estos equipos sostienen que la posibilidad de poder elegir si continúan o no con el embarazo no deseado, para muchas mujeres, significa una oportunidad de decidir sobre su cuerpo, en el marco de relaciones de violencia de género en las que no están pudiendo tomar otras decisiones de manera autónoma.

En cuanto a los/as profesionales que no integran espacios de consejería, se observa entre las disciplinas no médicas que la causal violación es relacionada a situaciones de violencia o falta de consentimiento mientras que en el caso de la causal salud, si bien se hace mención a la integralidad, el proceso de certificación la recude al aspecto biológico:

“Como no soy médico no te sé decir, pero supongo que en las ecografías, supongo que la parte médica en algún momento debe decir si hay algo que no está yendo en su curso y puede traerle un problema de salud a la madre, o al bebé.”

Finalmente, entre las disciplinas médicas, si bien expresan una representación de la causal de la salud integral y una interpretación amplia del concepto de violación, el proceso de certificación se establece en base a la sospecha:

“antes cuando estaban bajo la ILE causal violación era lo que más se escuchaba (...) nunca supimos si eran reales, nosotros dábamos curso y listo, era lo que decía la mujer, como sólo se pedía la declaración.”

Por último, entre los/as técnicos/as y administrativos/as, se observa, por un lado, una interpretación restrictiva de la causal violación, ya que la mayoría la referencia a casos de abuso sexual infantil o a situaciones de violencia sexual: *“acceso carnal a la fuerza.”* Una minoría alude al maltrato y la falta de respeto como elementos que *“puede ser tomado como violación por la mujer”*; mientras que ninguno menciona el concepto de consentimiento.

Asimismo, la causal salud es reducida a la dimensión biológica, haciendo referencia a situaciones de patologías previas o complicaciones durante el embarazo diagnosticadas por un/a médico/a.

Dentro de este grupo, si bien conocen el marco normativo, el proceso de justificación de causales aparece representado como un ejercicio de cuestionamiento:

“En realidad no es necesario hacerle la pregunta de por qué quiere interrumpirlo, si tomó la decisión por algo será, puede ser que no quiera decir el motivos. Yo en mi caso se lo pregunto igual ‘¿por qué querés hacerlo?, ¿lo pensaste bien?’”

“Yo como padre le puedo dar un consejo pero los profesionales tienen más argumentos para convencerlas. Hacerla entrar un poquito en razón y que su decisión sea firme, y no que después con el tiempo su decisión le haga daño.”

La culpa y la angustia son naturalizadas dentro del proceso de IVE por parte de los/as administrativos/as, aun en quienes están a favor del aborto voluntario:

“seguramente viene una depresión grande, por más que una esté decidida sabe que es algo que tiene ahí adentro, a no ser que sea desamorada, porque creo que a todas les llegará un poquito de sentimiento.”

Discusión y Conclusiones:

En el diseño original de este estudio, con un marco normativo más restrictivo, se planteó la necesidad de analizar la perspectiva de género en la justificación de causales y en el proceso de accesibilidad de las mujeres que abortan a los centros de salud, entendiendo que eran las representaciones sociales patriarcales las que atravesaban a los/as integrantes de los equipos de salud, limitando su perspectiva acerca de los embarazos no intencionales que terminaban en abortos y condicionando, por ende, la manera en que recibían a las mujeres y las acompañaban en su decisión de abortar.

Actualmente, con la interrupción voluntaria del embarazo legalmente consagrada, analizar las representaciones sociales que expresan los/as integrantes de los equipos de salud desde una perspectiva de género cobra relevancia, ya que permite reconocer posibles barreras de accesibilidad simbólica (Solitario & otros: 2008) que pueden impedir el acceso de las mujeres al sistema de salud u obstaculizar el ejercicio de sus decisiones; pero también, distinguir instancias que habilitan su “posibilidad de autonomía” (Fernández, 2000) y les permiten, durante el proceso de atención, problematizar las relaciones de género, desiguales y opresivas, que generalmente atraviesan a los embarazos no deseados.

En este sentido, los resultados del estudio develan diferencias notorias entre los/as trabajadores de los centros de salud de acuerdo a su grado de participación en los espacios de consejería, lo que demuestra la falta de transversalización de algunas perspectivas. Así, se observa que tanto la maternidad como destino privilegiado de las mujeres (Tajer, 2009) como la noción de obligatoriedad conyugal (Rostagnol, 2016), están vigentes entre los/as trabajadores/as, profesionales y administrativos/as, que no forman parte de los espacios de consejería, quienes asocian la sexualidad de las mujeres a la posibilidad de reproducción y no cuestionan la falta de consentimiento o la ausencia del placer en las relaciones sexuales ni problematizan las situaciones de maternidad forzada que se dan dentro de las parejas.

En este marco, la visión restrictiva de la causal violación que expresa la mayoría de los/as administrativos/as coincide con su incapacidad de visibilizar la violencia de género como dimensión que atraviesan las relaciones; y con su representación de los embarazos no intencionales como consecuencia de la falta de cuidado por parte de las mujeres, escindiendo la responsabilidad individual de los determinantes sociales que condicionan las decisiones. Estas ideas se reflejan, durante el proceso de acceso a la IVE, en actitudes que cuestionan la decisión de las mujeres, funcionando como “estrategia biopolítica de culpabilización” (Tajer y Fernández, 2006). En el caso de los/as profesionales/as de la medicina que no integran los equipos de consejería, la culpabilización se refleja en la “lógica de la sospecha” (Epele, 2007) con la que describen la instancia de certificación de la causal violación, y que coincide con su visión de los embarazos no deseados como ausencia de cuidados por parte de las mujeres, no pudiendo identificar la coerción masculina que modula ciertas prácticas.

Por otro lado, la maternalización de las mujeres aparece en los discursos de algunos/as trabajadores/as, incluso entre quienes están a favor del aborto, quienes psicologizan y naturalizan el sentimiento de culpa en las mujeres que abortan o justifican la decisión de abortar no en función de la autonomía de las mujeres sino en base a su incapacidad de desplegar el “instinto materno” o de cumplir con las expectativas sociales que el rol depara.

Finalmente, los resultados del análisis demuestran que el Modelo Médico Hegemónico ha permeado en el hábitus institucional, estructurando la forma en que los/as trabajadores/as, profesionales y no profesionales, significan sus prácticas. En este marco, la necesidad de diagnosticar riesgos, prescribir tratamientos, anticipar síntomas y controlar la evolución de los procedimientos forma parte del modo en que el modelo biomédico moldeó la atención del aborto. Esto se refleja en la visión restrictiva y biologicista de la causal salud que expresan muchos/as trabajadores/as que no forman parte de los equipos de consejería, pero también se visibiliza en distintas instancias del proceso de atención desplegado por los equipos de

consejería para garantizar el acceso a la IVE. Incluso, a partir del nuevo marco normativo, algunos/as profesionales expresan la no necesidad de indagar los motivos de la IVE, identificando esa instancia con la idea de “justificación”.

En este sentido, si bien uno de los principales alcances de este estudio tiene que ver con la posibilidad de acceder, a través de técnicas cualitativas, a las representaciones sociales de los/as distintos/as integrantes de los equipos de salud y reconocer la manera en que significan sus prácticas, la limitación que se observa es que esas representaciones sobre la atención de las mujeres que abortan están permeadas por la lógica biomédica. Se vuelven necesarios procesos de sensibilización que permitan a los equipos disputar los sentidos que atraviesan el proceso de atención y entender la escucha y la pregunta como instancias de reconocimiento y empatía, para construir un modelo de atención en el que el cuidado y el acompañamiento de los abortos sean amorosos y, fundamentalmente, respetuosos del deseo de las mujeres.

Bibliografía:

- Berra, A. (2017) *El derecho a la interrupción legal del embarazo: un estudio sobre el aborto como consulta de salud desde la perspectiva de género*. Tesis de n Género, Sociedad y Políticas de FLACSO
- Bourdieu, P. (2007) *El sentido práctico*. 1a ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Drovetta, R. I. (2015) *Uso de misoprostol para el aborto medicamentoso: una opción para los prestadores de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina*.
- Fernández, A. M. (1993) *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres* (Vol. 24). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. M. y Tajer, D. (2006) *Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres*, en Checa, S. (comp.). *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. (2007) *La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud*. Cuadernos de antropología social, (25), 151-168.
- Fernández, A. M. (2000) *Autonomías y deconstrucciones de poder*. en Irene Meler y Débora Tajer Comp. *Psicoanálisis y Género. Debates en el foro*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Foucault, M. (1998) *Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber*, traducido por Ulises Guiñazú. *Ciudad de México: Siglo XXI Editores*.
- Guber, R. (2001) *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Jodelet, D. (1985) *La representación social: fenómenos, conceptos y teorías*; en Moscovici S. *Psicología Social*, Tomo II, Barcelona, Paidós.
- Lamas, M. (1995) *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género*. *Revista de Estudios de Género*, La Ventana E-ISSN: 2448-7724, (1), 10-61.
- Menéndez, E. (2005): *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. En: *Salud Colectiva*. Vol. 1, N° 1, pp. 9-32. Buenos Aires.
- Nari, M. M. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Editorial Biblos.
- Ramos, S., Romero, M. y Ramón Michel, A. (2014) *Opiniones de proveedores de salud sobre el aborto: un estudio para la implementación de la política pública de aborto legal en la provincia de Santa Fe, Argentina*. *Reprod Health* 11, 72

- Rostagnol, S. (2014) *Haciendo antropología feminista o la búsqueda de legitimidad desde las márgenes*. I Coloquio Latinoamericano de Antropología Feminista. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras.
- Rostagnol, S. (2016) *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.
- Scott, J. (1990 [1986]) *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. En Nash y Amelang (eds.) *Historia y género: las mujeres en la europa moderna y contemporánea*. Valencia: Alfons el Magnanim.
- Scribano A. (2008) *El proceso de investigación cualitativo*. 1a ed. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Solitario, R., Garbus, P., y Stolkiner, A. (2008) *Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios*. *Anuario de investigaciones*, 15, 263-269.
- Stolcke, V. (1996) *Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres*. *Ensayos de antropología cultural: homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, 335-344.
- Tajer, D. (2009) *Heridos corazones: Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D. (2019). *El aborto como problema de salud colectiva*. Fundación Soberanía Sanitaria (comp.): *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, 75-88.