

NUEVOS ESCENARIOS Y DESAFÍOS DE LA SALUD SEXUAL INTEGRAL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

NEW SCENARIOS AND CHALLENGES IN INTEGRAL SEXUAL HEALTH IN THE CITY OF BUENOS AIRES

Longo, Roxana; Lenta, M. Malena; Tortosa, Paula; Zaldúa, Graciela ¹

RESUMEN

Desde una perspectiva de salud colectiva y enfoque de género, este trabajo tiene como objetivo explorar tensiones, posibilidades y desafíos que enfrentan los equipos interdisciplinarios de consejerías de salud sexual y reproductiva para garantizar el acceso a la atención en el sistema público de salud desde la mirada de las/os trabajadoras/es y acentuando en la implementación de la Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. El abordaje metodológico propuesto fue cualitativo basado en la Investigación Acción Participativa, con una muestra intencional no probabilística con 19 participantes de 8 equipos de diferentes Centros de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la CABA. Entre los principales resultados se destacan: los cambios en las prácticas a partir del nuevo escenario legislativo, el impacto de la falta de recursos en la calidad de atención y los desafíos del trabajo interdisciplinario y la integralidad de las intervenciones en salud sexual.

Palabras clave:

Aborto, Equipos de salud, Derechos sexuales, Salud integral.

ABSTRACT

This work analyzes the impacts of the National Law 27.610 of Voluntary Pregnancy Interruption in the territory of the City of Buenos Aires from the points of view of Collective Health and gender perspective. The objective of this work is to explore the tensions, possibilities and challenges that the interdisciplinary sexual health teams face to guarantee the right to abortion in the first level of attention. The methodological approach is qualitative based on Action Participatory Research with an intentional and non probabilistic sample of 19 participants of 8 Community Health Centres in the southern area of the City of Buenos Aires. Among the main results it was found that there are changes in the practices with the new legislative scenario, the impact that the lack of resources has in the quality of attention and the challenges of the interdisciplinary work and the integrality of the sexual health interventions.

Keywords:

Abortion, Health teams, Sexual rights, Integral health.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Email: longoroxana@gmail.com

Introducción

Para la salud colectiva, la praxis feminista ha contribuido a la reflexión crítica en torno a los fenómenos de la salud de las comunidades. Pues parte del reconocimiento de que las categorías sociales se imponen sobre cuerpos sexuados produciendo no solo diferencias sino, sobre todo, desigualdades, lo que se traduce en inequidades en salud (Couto, Oliveira, Separavich y Luiz, 2019). La matriz patriarcal que subyace a la organización social clasifica y a la vez jerarquiza a los cuerpos, a las sexualidades y a las identidades, lo que condiciona los procesos de autonomía singulares y colectivos e impacta en los resultados, experiencias y riesgos sanitarios de hombres, mujeres y disidencias sexo-genérico-afectivas (Longo et al., 2021; Lenta, 2021).

El aporte de los feminismos a la salud colectiva ha permitido ampliar la comprensión de los problemas sanitarios de las mujeres y de las disidencias y ha propiciado abordajes más integrales desde un enfoque de derechos humanos. Integrar la perspectiva feminista al campo de la salud significó tener en cuenta las diferentes necesidades según los géneros en todas las fases del desarrollo de políticas y programas sanitarios-educativo, tanto de prevención como de promoción de la salud (Linardelli, 2018) y, al mismo tiempo, reconocer el carácter fuertemente androcéntrico desde el que se configuran los sistemas y servicios de salud (Longo et al., 2019; Brull, 2021).

La perspectiva de género en el campo de la salud habilitó la discusión de aspectos que corresponden a la toma de decisiones en relación con el cuerpo, la sexualidad, la reproducción y la no reproducción de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar (Güemes, 2022). Lo cual ha permitido visualizar dispositivos y prácticas históricas empecinados en disciplinar los cuerpos de mujeres y disidencias y, también, problematiza los procesos sociohistóricos de producción de la vulnerabilidad de estos colectivos subalternizados por el orden patriarcal (Longo, Lenta y Zaldúa, 2020).

En este proceso, los feminismos han interpelado las bases del sistema de salud poniendo en cuestión el modelo basado en la jerarquía del saber, el biologicismo y una concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos (Balaña, Finielli, Giuliano, Paz y Ramírez, 2019). Han problematizado las políticas sanitarias permeadas por el patriarcado a través de los discursos científico-sanitarios, de las prácticas clínicas, de los diagnósticos y tratamientos, de la sanitización y medicalización normalizada y sistemática, aspectos identificados por el feminismo como armas políticas para el control de las mujeres y para el mantenimiento del sistema sexo-género (Nogueiras García, 2019).

En este contexto, el campo de los derechos sexuales, reproductivos y (no) reproductivos (Brown, 2008) ha cumplido un papel muy importante en presentar exponencialmente las consecuencias de la lógica androcéntrica sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres y disidencias, como así también, su problematización y búsqueda de transformación. Los derechos sexuales se instalaron en la agenda política a partir de las luchas de las mujeres por el acceso a la anticoncepción y al derecho a decidir sobre su

propio cuerpo en el marco de la autonomía en las cuestiones sexuales y reproductivas (Lamas, 2022; Tajer, 2020). También gracias al avance tecnológico que progresivamente permitió separar de manera eficaz la sexualidad de la reproducción, y a partir de las reivindicaciones de los sujetos discriminados como desviados de la normalidad patriarcal, que han buscado ampliar el paradigma de los derechos humanos para lograr su inclusión (CONDERS, 2003; Radi, 2019; Durán Rojas y Duarte Hidalgo, 2019). La posibilidad de pensar en las capacidades no reproductivas de las personas profundizó las discusiones en torno al derecho al aborto. Pues se plantea que el deseo y la decisión no reproductiva conforman dimensiones del derecho a una sexualidad plena, en donde entran en juego el placer con libertad y autonomía (Brown, 2014; Zaldúa, 2018). De este modo se resalta la intersección entre la naturaleza, lo biológico y la dimensión sociohistórica de las subjetividades. Por ello, la importancia de la adopción del enfoque de la justicia reproductiva para el trabajo sobre salud y derechos sexuales y (no) reproductivos que le imprime la virtud de integrar la salud reproductiva dentro de la justicia social y los derechos humanos (Radi, 2019). Asimismo, en este campo en nuestro país se han registrado grandes avances legislativos como la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) aprobada por el Congreso de la Nación en 2020 que habilita el aborto voluntario hasta la semana 14 de gestación inclusive y el aborto legal por causales a partir de la semana 15. Este avance normativo ha sido el resultado de la lucha mancomunada de diferentes actores sociales entre los cuales se destaca el movimiento de mujeres y disidencias y la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito fue un articulante clave de este proceso de exigibilidad de derechos (Rosenberg, 2020; Schwartzman, 2020).

La aprobación de la ley de IVE surgió en una coyuntura aún atravesada por la pandemia por Covid-19, con lo cual las prácticas de los efectores de salud se vieron alteradas, modificándose las dinámicas y modalidades de atención en todos los niveles y subsectores de la salud, reorganizando los equipos de trabajo en cohortes y transformándose las prácticas, incluidas las vinculadas a la salud sexual integral (Longo, Tortosa y Zaldúa, 2022; Lenta, Longo et al., 2021). Sin embargo, incluso en este complejo escenario, en el país se realizaron en 2021 64.164 interrupciones voluntarias o legales del embarazo, de las cuales 8.847 se garantizaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (DNSSR, 2022), aunque otro informe del Ministerio de Salud de la CABA sostiene que se atendieron 8.913 interrupciones voluntarias y legales de los embarazos (Mazur et al., 2022).

En este territorio, según el informe de Manzur et al. (2022), la sanción de la ley 27.610 permitió que se incrementara el número de establecimientos públicos que brindaban respuesta a la demanda de este derecho, alcanzando a 64 en 2021 (46 CeSAC y 18 hospitales), 3 establecimientos más que en 2022 y 56 más, respecto de 2014, fecha en la que se comenzó a sistematizar oficialmente el registro efectores que garantizaban Interrupciones Legales de los

Embarazos (ILE) por causales.

Asimismo, el total de abortos en 2021 marcó un aumento de casi el 10% más con respecto a 2020. Y la amplia mayoría de las situaciones fueron atendidas de la zona sur de la ciudad, que es donde se encuentran el número más grande de efectores públicos de salud y en donde reside el mayor porcentaje de población con cobertura de salud pública como modalidad exclusiva (Mazur et al., 2022).

En cuanto a la edad de las personas que solicitaron interrupciones en 2021, la mayoría se encontraban entre 20 y 29 años (54%). Y se destaca el significativo porcentaje de adolescentes: 11% de entre 10 y 19 años (Mazur et al., 2022). Respecto de la edad gestacional al momento de solicitar la interrupción, el 92% de los casos llegó con una gesta de hasta 12,6 semanas (primer trimestre), lo que facilitó la resolución de los casos en el primer nivel de atención y/o con método medicamentoso (misoprostol) ambulatorio en su mayoría. El 6% llegó con una gesta de entre 13 y 17,6 semanas y mientras que el 2%, lo hizo con una gesta igual o mayor a las 18 semanas, lo que llevó a que el 8% de los casos se resolvieran en el segundo nivel de atención. Asimismo, el 95% de los casos fueron gestas inferiores o iguales a 14,6 semanas lo que implicó que fueran casos de IVE (Mazur et al., 2022).

También, el informe destaca un aumento proporcional interanual del procedimiento de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) y la correlativa disminución de la práctica del legrado. En 2020 la mitad de los procedimientos de interrupciones instrumentales fueron AMEU mientras que en el 2021 alcanzó el 74% (Mazur et al., 2022).

Finalmente, respecto de la anticoncepción post evento obstétrico (AIPE), en el 54% de los casos el procedimiento de interrupción concluyó con la provisión de un método anticonceptivo, de los cuales el 56% de las personas se fueron con un método de corta duración (principalmente, pastillas anticonceptivas) y el 44% con un método de larga duración (principalmente, implante subdérmico) (Mazur et al., 2022).

En este contexto, el objetivo del trabajo fue explorar tensiones, posibilidades y desafíos que enfrentan los equipos interdisciplinarios de CeSACs de la zona sur de la CABA para garantizar el acceso a consejerías de salud sexual integral, en el sistema público de salud desde la mirada de las/os trabajadoras/es con foco en la implementación de la Ley 27.610 de IVE.

Metodología

En función del problema planteado, se desarrolló un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal entre junio de 2021 y marzo de 2022, que permitió desarrollar un proceso de producción de datos cualitativos con trabajadoras/es de la salud de equipos interdisciplinarios del primer nivel de atención del sistema de salud en la salud de zona sur de la CABA, en el marco del proyecto de investigación "UBACyT: Salud Mental Comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado".

Desde la epistemología crítica en investigación, planteamos alternativas a las nociones imperantes en relación con la producción de conocimientos en las cuales se

destaca la importancia de establecer un proceso flexible, abierto y basado fundamentalmente en la reflexividad (Minayo, 2017). De este modo, rescatamos el carácter comprensivo, contextualizado, interpretativo y dialéctico de este enfoque que nos permitió recuperar el escenario de realización de la investigación, en cuanto territorio marcado por tensiones y conflictos sociales, paradigmas disciplinares en pugna y reconfiguración de las demandas para los equipos interdisciplinarios de salud con los que co-investigamos desde el marco de la Investigación Acción Participativa (Longo et al., 2022, 2021).

Se conformó una muestra intencional no probabilística con 19 personas trabajadoras de la salud de 8 equipos de consejerías de salud sexual integral de CeSAC de la zona sur de la CABA, que fueron seleccionadas según los criterios de pertinencia y accesibilidad. La mayoría eran de género autopercebido mujeres (89,5%), mientras que el resto (10,5%) eran varones. En cuanto a las profesiones, la mayoría ejercía la psicología (42%), seguido de trabajo social (31,5%) y medicina (general y pediátrica) (26,5%) (Ver tabla 1).

Tabla 1: participantes del estudio.

Fuente: elaboración propia.

N°	Nombre	Profesión	Género	Entrevista	Grupo focal
1	Laura	Psicóloga	Femenino	1	-
2	Martina	Psicóloga	Femenino	1	-
3	Gastón	Médico Hebiatra	Masculino	1	-
4	Juana	Médica Generalista	Femenino	1	-
5	Florencia	Trabajadora Social	Femenino	1	A
6	Alina	Médica Generalista	Femenino	1	A, B
7	Liliana	Psicóloga	Femenino	1	-
8	Elena	Médica Generalista	Femenino	1	A
9	Carmen	Psicóloga	Femenino	-	A
10	Catalina	Trabajadora Social	Femenino	1	A
11	Soledad	Psicóloga	Femenino	1	A,C
12	Alefi	Trabajadora Social	Femenino	1	A,C
13	Antonio	Psicólogo	Masculino	1	C
14	Cristina	Médica Generalista	Femenino	1	-
15	Rocío	Psicóloga	Femenino	1	C
16	Patricia	Trabajadora Social	Femenino	1	-
17	Melina	Psicóloga	Femenino	-	B
18	Judith	Trabajadora Social	Femenino	-	B
19	Marta	Trabajadora Social	Femenino	-	B

Con esta muestra se implementaron dos técnicas: entrevistas en profundidad y grupos focales. En primer lugar, se realizaron 15 entrevistas en profundidad (1 por participante) y, posteriormente, 3 grupos focales (A, B, C) en los que participaron 12 personas con una conformación por grupo de entre 4 y 7 participantes. Cabe señalar que algunas personas participaron en ambas instancias (8 casos); mientras que otras (11 casos) solo lo hicieron en una de ellas (entrevista o grupos focal), según disponibilidad de las mismas.

Los instrumentos (guión de las entrevistas y de los grupos focales) se construyeron en base a los siguientes tópicos: impacto de la sanción de la ley 27.610 en las prácticas de IVE/ILE, obstáculos y facilitadores en la implementación de las prácticas de IVE/ILE y desafíos de los equipos para la garantía de este derecho.

La metodología cualitativa permitió no solo comprender los diferentes ámbitos, fases y momentos de una situación compleja en la que se desarrolló el trabajo; sino que se muestra sensible ante determinados temas como los de las emociones, los contextos y las interacciones sociales lo cual resulta central en el tema abordado (Beiras, Espinoza y García, 2017; Cuklanz y Rodríguez, 2020).

En contexto de pandemia y postpandemia de COVID-19 el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación fue herramienta de apoyo a la investigación cualitativa, permitiendo el mantenimiento de redes de comunicación y colaboración entre las investigadoras y los equipos interdisciplinarios de salud participantes del estudio, pues permitió ubicar una vez más a la investigación al servicio de la salud colectiva desde el punto de vista del proceso (transferencia) y del contenido (conocimiento) (Presadol, LavaredaBaixinholl y Fernandes de Oliveir, 2021). En este contexto se implementaron los grupos focales y las entrevistas en profundidad con la modalidad virtual a partir de tópicos propuestos, los que se grabaron, posteriormente se desgrabaron y sistematizaron para la construcción de la codificación axial y categorial de las narrativas emergentes en dichos espacios (Cohen y Gómez Rojas, 2019). Finalmente, se indica que se implementó un consentimiento informado y esclarecido, siguiendo los criterios de investigación en salud como lo son la garantía del anonimato, la confidencialidad, la voluntariedad y la no maleficencia (Vidal, 2013; Garay, 2014).

Resultados

a. El nuevo escenario: los cambios en las prácticas

La sanción de la ley 27.610 produjo una reconfiguración en el campo de las prácticas vinculadas a la interrupción del embarazo en el primer nivel de atención de la CABA, al implicar una nueva legalidad. Si bien la mayoría de los equipos que conformaban las consejerías de salud sexual integral habían construido diferentes estrategias para favorecer la accesibilidad en salud sexual integral desde hacía varios años, sobre todo vinculadas al trabajo de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir fundada en 2007, éstos reconocieron cambios en diferentes planos:

“A nivel institucional, yo creo que lo que sucedió es que empezó a visibilizarse mucho más la IVE, dejó de ser algo que estaba silenciado o que había temor, o inclusive que alguien, digamos que algún integrante de los equipos de salud pudiera ofrecer resistencia, como que de pronto quedó instalado como una práctica del centro de salud” (Antonio_Psicólogo_Entrevista).

“Me parece a mí que fue mucho más sencillo hacer promoción de ese derecho, poder tener la medicación de forma mucho más sencilla, inclusive que la gente se acerque de forma diferente, con menos miedo, más allá de que después cada situación en particular es muy particular, yo creo que eso derribó barreras, se notó por parte de las usuarias” (Juana_MédicaGeneralista_Entrevista).

Las narrativas saturan que, si bien existían diferentes características, procesos y modalidades de atención en los equipos de las consejerías de salud sexual integral, la sanción de la ley de IVE implicó que profesionales y personal administrativo que estaban en contra de la ley comenzaran a tener restricciones para oponerse a este derecho. Asimismo, se observó un reposicionamiento subjetivo de muchas de las usuarias que llegaban a solicitar la práctica conociendo sus derechos a partir de la nueva ley. Esto constituye un avance en la exigibilidad del derecho al aborto y del agenciamiento de las personas usuarias, lo que permite dejar al descubierto y/o acotar las prácticas de quienes buscan obstaculizar este derecho dentro del sistema público de salud.

En este marco todas las personas participantes del estudio destacaron que la implementación de la ley de IVE se pudo lograr en todos los CeSACs sin mayores inconvenientes ya que en la mayoría de estos, las nuevas prácticas fueron una continuación de lo que venían trabajando respecto de la ILE, previo a diciembre de 2020.

Asimismo, se identifica que la sanción de la ley de IVE permitió reducir los tiempos de las intervenciones e institucionalizar las prácticas lo que implicó cambios respecto de posibles trabas administrativas y burocráticas:

“Se facilitó un montón la cuestión más burocrática. Como antes había acceso, se agilizó en eso” (Aleli_MédicaGeneralista_Entrevista).

“En mi centro de salud ya hace bastante que no había mucho obstáculo para acceder, en general, (...) ahora está más institucionalizado, cualquiera viene y te dice hay vino una chica para IVE y es como una práctica más del centro de salud, no hay nadie esté obstaculizado el acceso ni nada. Y eso es muy bueno” (Catalina_TrabajadoraSocial_Entrevista).

“Antes nosotros imprimíamos unos folletos para explicarles a las mujeres como hacer los tratamientos, también los consentimientos los imprimíamos nosotros, y ahora viene todo de nivel central digamos, del ministerio” (Gastón_MédicoGeneralista_Entrevista).

El hecho de no tener que justificar las causales de aborto hasta la semana 14 inclusive, desburocratizó el proceso para acceder a la medicación en el caso de abortos con misoprostol y favoreció una reorganización de los equipos para lograr un aumento en la cantidad de atenciones. Asimismo, se mejoró el acceso a recursos de difusión y formación mediante cartillas, protocolos y notas técnicas para la implementación.

Finalmente, se destaca que en este nuevo período abierto tras la sanción de la ley persiste la conexión o vinculación entre profesionales, equipos y efectores que ya habían iniciado sus recorridos con la garantía de IVE/ILE:

“(...) la red, la conexión (...) esa cosa maravillosa que vos tiras un mail o un WhatsApp y siempre alguien responde, eso es increíble. Para mí la red [de profesionales por el derecho a decidir] es lo más divino” (Martina_Psicóloga_Entrevista).

“Cuando hay que derivar al segundo nivel, es pensar a quién conozco, en qué horario, son nuestras redes informales que manejamos (...) hay gente que está súper comprometida, que las personas puedan acceder cuando necesiten más plenamente” (Elena_MédicaGeneralista_Grupo focal).

La constancia de las articulaciones y trabajo en redes informales o de activistas como es el caso de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir para las derivaciones entre niveles de atención y jurisdicciones constituyen un punto de apoyo significativo para la garantía concreta de las IVE/ILE en el nuevo período, al mismo tiempo abren interrogantes acerca del desarrollo y fortalecimiento de circuitos formales para referencia y contrarreferencia en el sistema de salud.

b. La calidad de la atención: sobre las faltas y las nuevas necesidades

La calidad de atención se considera un elemento clave en lo que respecta a salud sexual integral. En relación con esto, fueron diversas las preocupaciones de los equipos de salud respecto de sostener prácticas y prestaciones que garanticen un trato empático y con los recursos materiales y técnicos adecuados:

“(...) cosas como la provisión a veces del Estado de ciertos métodos, que por una cosa o por licitación, por demoras o lo que sea no están llegando” (Alina_MédicaGeneralista_Grupo focal).

“(...) por ejemplo, cuando hay una interrupción del embarazo más o menos hay que estimar una edad gestacional que a veces no es tan fácil estimar la fecha de la última menstruación, entonces necesitas una ecografía. El acceso a ecografía es muy difícil, no hay, el acceso a ecografía es muy complicado, porque tenemos esta ley y necesitamos que nos resuelvan las ecografías” (Elena_Médicageneralista_Grupo focal).

“Faltan quizás algunos elementos, por ejemplo, un biombo, eso hace mucho a la privacidad de la paciente. (...) Otros

obstáculos, creo que no esté tan difundido el dispositivo, y que a veces no lleguen las pacientes con la suficiente información” (Soledad_Psicóloga_Entrevista).

En términos generales, las narrativas coinciden en las dificultades referidas a la falta de espacios físicos para lograr la confidencialidad necesaria, equipamientos como es el caso de los ecógrafos e insumos como son los métodos anticonceptivos, para garantizar buenas prácticas de aborto seguros que deben concluir con un método preventivo. En ese sentido, se destaca:

“Que hoy por hoy el AMEU no lo podemos hacer libremente, la verdad que es así, entonces evaluamos bastante en función de la situación que está atravesando la mujer, si amerita, bah, todas por ahí ameritan en realidad las que lo pidan, pero como hay solo dos turnos por semana, entonces también por ahí no podemos todavía tener la libertad de poder derivar y ofrecer el dispositivo de AMEU” (Carmen_Psicóloga_Entrevista).

“Hay muy poco espacio, hay muy pocos lugares y también con esto de entrar pasito a pasito en cada lugar, es decir bueno vamos a hacer AMEU, vamos a ponerlo acá queremos cuidar este lugar, también se hace despacio, no se da el acceso a la cantidad de mujeres que podrían, hay como una lista de indicaciones cuando no es así, pero que tiene que ver con que el profesional no quiera hacerlo, sino porque también depende de un montón de cuestiones políticas de los lugares en donde está trabajando, que bueno no puede ir avanzando a la velocidad que quisiera” (Juana_MédicaGeneralista_Entrevista).

Las narrativas también destacan la falta de personal capacitado en tecnologías blandas como la práctica de AMEU, lo que limita las elecciones de métodos para las interrupciones, aun cuando el informe de Mazur et al. (2022) sostiene que las mismas se han incrementado respecto del año anterior. Esta problemática percibida por los equipos constituye un tópico relevante en el trabajo cotidiano no solo por la falta de opciones o porque el método medicamentoso puede fallar, sino porque en ciertas oportunidades como es el caso de las niñeces, de las situaciones en las que se identifican contextos de violencia de género para las personas gestantes o en las que éstas no cuentan con un lugar seguro y cuidado para realizarse la práctica medicamentosa ambulatoria, resulta necesario resolver la situación con el método AMEU, incluso cuando no se haya ingresado al tercer trimestre de gestación.

Otro aspecto que se visibiliza en las narrativas se relaciona con el seguimiento y la continuidad de los cuidados:

“Tenemos oportunidades perdidas, [por]que tal vez hay demandas que solo si se canalizan en una sola persona que hace todo, es bastante difícil, digo a nivel institucional también funcionan mal las cosas, no se puede recargar solo a una trabajadora re responda a IVE ILE, acceso a métodos anticonceptivos, todo” (Soledad_Psicóloga_Entrevista).

“A veces las chicas no vuelven. Nos pasa un poco con las más jóvenes. Es un problema que digo de falta de adherencia al cuidado, pero también porque estamos los equipos con una sobrecarga tremenda. Somos pocos y hay muchas situaciones que no se pueden seguir como se debería” (Gastón_MédicoHebista_Entrevista).

En buena medida, en función de la saturación en la demanda a los efectores de salud y del reducido tamaño de los equipos, la mayoría de éstos no puede dar cuenta de un seguimiento sistemático de los casos que reciben, sobre todo en el momento de postaborto y más aún cuando las personas usuarias “no se comprometen”, “no vuelven”, “están en una situación de vulnerabilidad” o tienen que ser derivadas al segundo nivel de atención:

“El segundo nivel (...) son servicios muy conservadores, la mayoría dirigidos por varones, y los que están dirigidos por mujeres igual, (...) la OMS y diferentes documentos a los que adherimos opinan que el legrado es una práctica quirúrgica innecesaria, con un montón de riesgos innecesarios. (...) el AMEU, que es mucho más sencillo, no requiere tanta complejidad, como un quirófano. No es indispensable un ginecólogo, porque un AMEU lo puede hacer otra persona que no necesariamente tenga una necesidad quirúrgica, sin embargo, las mujeres acceden en el segundo trimestre a legrados” (Aleli_MédicaGeneralista_Grupo focal)

“En el hospital está lleno de virgencitas, entonces existe lo conservador que tracciona” (Alina_MédicaGeneralista_Grupo focal).

El segundo nivel de atención constituye un nudo crítico en sí mismo para la calidad de la atención. Si bien el informe de Manzur et al. (2022) señala un incremento significativo de prácticas en este nivel desde la sanción de la ley 27.610, ello no tiene como correlato que las prácticas que se garantizan en los hospitales puedan desarrollarse con un método seguro y amigable. Allí se expresa también el límite de las redes informales o del activismo para las derivaciones ante situaciones complejas, así como también, las dificultades para acceder a prácticas de salud sexual integral con perspectiva feminista, por parte de las personas usuarias.

c. Los desafíos: el trabajo interdisciplinario y la integralidad de las intervenciones en salud sexual

Como fue señalado, el nuevo escenario plantea continuidades y rupturas desde el punto de vista de la calidad de la atención y de las características situacionales en las que se reconfiguran las prácticas de interrupción del embarazo en el primer nivel de atención. Así se vislumbran tensiones entre lógicas paradigmáticas en la garantía del derecho al aborto que atraviesan al sistema de salud, lo que incluye a las prácticas de aborto en particular. Se trata de la confrontación entre el modelo médico hegemónico y el enfoque de salud feminista (Esteban, 2006; Menéndez, 2020).

El aumento de la demanda como así también de efectores y profesionales, no implicó en todos los casos un

crecimiento del trabajo en equipo. Por el contrario, incluso en espacios en donde se venía trabajando de manera integrada, las narrativas sostienen que se ha comenzado a visibilizar una cierta fragmentación de intervenciones que obstaculiza interdisciplina, lo que obtura de cierta manera la integralidad de las prácticas de salud sexual:

“Si capaz en la conformación del equipo de IVE o las prácticas de ahora, o sea, porque antes había un equipo de ILE que estaba una trabajadora social, una psicóloga y una médica generalista y un médico generalista, pero el tema que la médica generalista se va del centro de salud y por un año o dos el espacio quedó totalmente vacante, no se sigue haciendo porque no hay ningún médico” (Liliana_Psicóloga_Grupo focal).

“Ahora está la trabajadora social, hay una médica generalista que viene porque está haciendo su residencia en medicina general y viene como de prestada, entonces viene a hacer esto y viene justo, como en paralelo ingreso una pediatra que no sé a qué se dedica actualmente, y ella se incorporó al equipo y ella atiende” (Melina_Psicóloga_Grupo focal).

Surge así la preocupación de que las prácticas de interrupción del embarazo sean “capturadas” por las lógicas individualizantes, descontextualizadas y biomédicas, propias del modelo médico hegemónico. Frente a ello, se señala la necesidad del trabajo en equipo y de espacios de encuentro específicos que promuevan la organización consensuada de la tarea y también propicien la reflexión sobre las prácticas:

“(...) en el centro de salud particularmente creo que estaría buenísimo que pudiera haber reuniones como para debatir algunas cuestiones de facilitar acceso, y cuestiones vinculadas al acceso a la salud sexual no reproductiva que si bien se accede, yo creo que hay algo de la capacitación en perspectiva de género que viene siendo necesario” (Judith_TrabajadoraSocial_Grupo focal).

“Que puede ser como un lugar de acceso para que se pueda encontrar situaciones de violencia que estén pasando, o vinculadas a su salud, a su proceso de salud que se disparan con este embarazo, si bien siempre se aclara que es un acompañamiento integral, hay cosas que suceden por ahí en la entrevista (...) que se pierden” (Florencia_TrabajadoraSocial_Entrevista).

“Y lo del tema del AMEU que está bueno también que haya opciones de práctica, como se puede hacer cualquier otra práctica en el centro de salud, que puedas elegir entre una cosa o la otra, porque realmente es un derecho sexual” (Marta_TrabajadoraSocial_Grupo focal).

Asimismo, se plantea la necesidad de recuperar y resignificar algunas de las estrategias fundamentales para justificar las ILE en el período anterior a la ley:

“En el centro de salud particularmente, que está como un poco fragmentado lo que es salud sexual con lo que es IVE, (...) como si esto no fuera salud sexual. Ahora se ha fragmentado un poco la atención médica, que antes estaba un poco más integral y eso en algunas situaciones particulares para mí se pierde un poco el acompañamiento integral y trabajar otras cuestiones que están pasando ahí” (Florencia_Trabajadora-Social_Grupo focal).

“No, igual no sé si hubo cambios a partir de la ley, sino, o sea, hubo cambios y después como que bueno, si obvio a partir de la ley las médicas están solas por ejemplo. Pero claro, quizás es como que nos volvió un poco médicas hegemónicas porque claro, lo que hace una médica, si obvio que te puedo dar en encuadre, te puedo contener, te puedo decir, pero no te puedo dar la medicación y estoy perdiendo el tiempo ¡Bah! No perdiendo el tiempo” (Melina_Psicóloga_Grupo focal).

“Que pasa ahora ahí, que es las dificultades que tenemos ahora, las que veo no, primero que por ahí necesitamos más capacitación en términos también de empatía, amorosidad, escucha, perspectiva de género, o sea, no es la indicación de un medicamento nada más, es como que a veces hay sobretodo colegas médicos o médicas que se olvidan de toda esa parte, indican un medicamento sin preguntar nada, como que ya que son interrupción voluntaria del embarazo, lo solicita, firma el consentimiento informado, ya está, y te indica un medicamento” (Alina_MédicaGeneralista_Entrevista).

Como señalan las narrativas, la perspectiva integral de la salud sexual implica ir más allá de la entrega de una medicación o la realización de un procedimiento. Supone la escucha atenta acerca de las situaciones que llevan a la situación de demanda de aborto a fin de reconocer y acompañar a la persona usuaria en el ejercicio de su derecho a decidir. En este sentido, desde la perspectiva integral, el acto de salud es un encuentro en el que se pueden crear las condiciones de posibilidad para alojar otras demandas, más allá de la demanda explícita de aborto, como las de interrumpir situaciones de violencia, vislumbrar deseos y proyectos, entre otras, tal como lo plantea Rosenberg (2020). También implica el diálogo entre las profesiones al problematizar la hegemonía biomédica (Lenta, 2021).

Conclusiones

A partir del trabajo realizado se observa que el acceso a la IVE se encuentra garantizado en el primer nivel de atención de la zona sur de CABA en un escenario que favorece la accesibilidad, como así también, que quiebra algunas resistencias burocráticas e ideológicas conservadoras presentes en el sistema de salud. Esto se lee en las narrativas producidas en la investigación como una continuidad del compromiso de los equipos de salud que venían garantizando la ILE previamente sanción de la ley. No obstante, aún se presentan diversos obstáculos para lograr una atención de calidad desde una perspectiva de salud integral. La falta de recursos materiales tanto sean espacios físicos adecuados, dispositivos tecnológicos,

como así también, métodos anticonceptivos, resultan vacancias significativas. Pero también se resalta la limitación cuali y cuantitativa de profesionales para realizar prácticas específicas como AMEU y el acceso a medicamentos más efectivos para realizar las interrupciones.

Los equipos de salud enfrentan diversos desafíos que interpelan sus prácticas de salud, el vínculo con las personas usuarias y las respuestas sanitarias en relación con la salud sexual integral. Simultáneamente, se presentan diferentes retos en lo que respecta al desarrollo de prácticas inter pares referidas al sostenimiento y promoción de un abordaje colectivo e interdisciplinario. La interacción entre las disciplinas y la promoción de tareas mancomunadas e iniciativas de prevención y promoción comunitarias sigue siendo un elemento central en el diseño, desarrollo de estrategias y abordajes en salud sexual integral que se propone un acompañamiento en clave de salud feminista de las situaciones de IVE/ILE, lo que incluye el trabajo para garantizar la accesibilidad y el acompañamiento post-aborto. Y que al mismo tiempo se abre a temáticas menos exploradas en el ámbito de estas prácticas como la prevención de violencias por motivos de género, la accesibilidad de las disidencias, el lugar de las masculinidades en relación con las prácticas de cuidado y prevención de los embarazos y las infecciones de transmisión sexual (ITS), temas que, no obstante, no emergieron en las narrativas. Asimismo, al tratarse de equipos de salud que desarrollan sus prácticas en atención primaria, presentan el desafío de promover espacios interinstitucionales e intersectoriales de promoción de la salud reproductiva y (no) reproductiva y prevención en el campo de la salud sexual integral con foco en el protagonismo de la propia comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Brown, J. L. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Teseo.
- Brull, D. (2021). Violencia de género y salud: alcances y límites en las intervenciones hospitalarias. *ConCienciaSocial*, 5(9), 75-93. Visitado en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/ImplementAR_IVE-ILE_21032022.pdf
- Cohen, N., y Gómez Rojas, G. (2019). *Metodología de la investigación ¿para qué?* Teseo.
- CONDERS (Consortio Nacional de Derechos reproductivos y Sexuales) (2003). *Situación de la Atención de la Salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de las/os usuarias/os*. Altuna Impresiones.
- Couto, M. T., Oliveira, E. D., Separavich, M. A. A., & Luiz, O. D. C. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud colectiva*, 15, e1994.
- DNSSR (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva) (2022). *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2021*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Durán Rojas, D., & Duarte Hidalgo, C. (2019). Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarias y usuarias: Una revisión de la literatura. *Sophia Austral*, (24), 103-117.

- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2(1), 9-20.
- Garay, O. (2014). El consentimiento informado: aspectos jurídicos y bioéticos. *Revista de Responsabilidad Civil y Seguros*, 14, 5-19.
- Güemes, M. C. (2022). Estrategias de oposición a los derechos de salud sexual y reproductiva en América Latina. *Análisis Carolina*, (11), 1-30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8490284>
- Lamas M. (2020). *Dimensiones de la diferencia. Género y política: antología esencial*. CLACSO.
- Lenta, M. (2021). Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad en los actos de salud. *Revista Argentina de Medicina*, 9(3), 141-145.
- Lenta, M. M., Longo, R. G., Zaldúa, G. y Veloso, V. (2020). La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de investigaciones*, 27, 147-154.
- Ley 27.610/2020 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Publicada en Boletín Oficial del 15/01/2021.
- Linardelli, M. F. (2018). La salud de las mujeres y sus trabajos: Convergencias entre la medicina social latinoamericana y la teoría feminista. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas del Instituto de Investigaciones Socio-Económicas*, 11, 147-161.
- Longo, R., Lenta, M., Tortosa, P. y Joscowicz, A. (2021). Equipos de salud: entre la precarización y el reconocimiento. Zaldúa, G., Bottinelli, M. y Lenta, M. (Coords.). *Salud mental comunitaria y pandemia. Diálogo desde los territorios* (pp. 13-26). Teseo.
- Longo, R., Tortosa, P. y Zaldúa, G. (2022). Derechos sexuales y (no) reproductivos en la CABA. Desafíos en tiempos de pandemia. Zaldúa, G., Bottinelli, M. y Lenta, M. (Coords.). *Salud mental comunitaria y pandemia. Diálogo desde los territorios* (pp. 99-110). Teseo.
- Mazur, V. et al. (2022). La respuesta IVE-ILE en el subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas características de su desarrollo y cambios observados a partir de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). *Revista AMAdA*, 18(1), 33-39.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16, e2615.
- Minayo, M. C. D. S. (2017). Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 13, 561-575.
- Nogueiras García, B. (2019). La salud en la teoría feminista. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 3(1), 10-31. Visitado en <http://dx.doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.540>.
- Radi, B. (2019). Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos. Balaña, S, Finielli, A, Giuliano, C, et al. (eds) *Salud Feminista*(pp. 125-143). Tinta Limón.
- Rosenberg, M. (2020). *Del aborto y otras interrupciones. Psicoanálisis, mujeres y política*. Milena Caserola.
- Schvartzman, E. (2022). A propósito de la marea verde. AA.VV. *El derecho al aborto en la formación "psi". Tensiones, demandas y desafíos* (pp. 19-26). Teseo.
- Tajer, D. (2020). Cuidados generizados en salud. *Revista Symploke Estudios de Género*, (1), 5-16.
- Vidal, S. (2013). Veinte años de Bioética en la UNESCO y diez años de Redbioética. Una mirada desde Latinoamérica. *Revista Redbioética/UNESCO*, 2 (8), 29-45.
- Zaldúa, G. (2018). Enunciación y contexto del derecho al aborto: cuerpo, deseo y decisión. Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M. y Bottinelli, M. (coords.). *Dispositivos instituyentes sobre géneros y violencias* (pp. 16-26). Teseo.

Fecha de recepción: 31 de agosto de 2022
Fecha de aceptación: 20 de septiembre de 2022