



FLACSO
ARGENTINA

Área de Género, Sociedad y Políticas

Maestría en Género, Sociedad y Políticas

**INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE) Y SUBJETIVIDAD.
ESTUDIO CUALITATIVO CON LAS MUJERES QUE ASISTIERON AL
DISPOSITIVO DE ILE DE UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD
AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES ENTRE 2017 Y 2020.**

Autor: Mariana Kielmanovich

Director/a de Tesis: Andrea Mariana Berra

**Tesis para optar por el grado académico de Magíster en Género,
Sociedad y Políticas**

Fecha: 22/06/21

AGRADECIMIENTOS

A través de las siguientes palabras, sentidas pero sin dudas insuficientes, quisiera agradecer a todas aquellas personas que, desde su lugar, contribuyeron a que esta tesis hoy viera la luz. En primer lugar, agradezco a mi familia. A mi mamá, por animarse a romper ataduras e imposiciones y enseñarme desde chica a militar por un mundo más justo. A mi papá, por inculcarme el valor del estudio y transmitirme el amor y la pasión por el trabajo y quehacer profesional. A mi hermana, por motivarme amorosamente a ir por mis deseos y brindarme su incondicional apoyo y contención.

Gracias a mis hermanas - amigas por su amor, aliento y ayuda siempre. Muy especialmente, a mi amiga del alma y colega Sandra, con quien nos animamos a desafiar a un sistema de salud des-subjetivante, autoritario y patriarcal... y, un poco lo logramos.

Agradezco también a todo el equipo ILE/IVE de mi querido Centro de Salud y Hospital y a la oportunidad que me da de sentirme una orgullosa trabajadora de la salud pública. A las mujeres que nos consultaron y a aquellas que se prestaron a dar su imprescindible testimonio. Infinitas gracias.

A Andrea, mi directora de tesis, por sus lecturas atentas, sus palabras justas y enriquecedoras, su incentivo constante y sobre todo su respeto hacia mi trabajo.

A la Marea Verde que entre las mujeres supimos gestar, y que nos permitió alcanzar la tan postergada consagración del derecho a decidir sobre nuestros cuerpos.

Finalmente, a Cristian, por acompañarme en el arduo proceso de la tesis como lo hace en la vida: con amor, respeto y compañerismo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	6
ANTECEDENTES O ESTADO DE LA CUESTIÓN	
<i>El aborto ¿una política pública en salud?</i>	8
<i>Las consejerías pre y post aborto. Una estrategia para la reducción de riesgos y daños en aborto inseguro</i>	9
<i>El acceso (desigual) a la ILE</i>	10
<i>El sistema público de salud de CABA y el acceso a la ILE</i>	13
<i>El dispositivo de ILE del Centro de Salud</i>	14
Historia y funcionamiento	14
El modelo de atención integral como eje rector	16
<i>Estudios sobre subjetividad y aborto</i>	17
<i>Ideas generales</i>	17
<i>Investigaciones regionales sobre aborto en contexto sanitario y de legalidad</i>	18
<i>Investigaciones en Argentina sobre aborto en contexto sanitario y de legalidad</i>	19
<i>Conclusiones</i>	23
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	23
REFERENTE EMPÍRICO	23
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	23
ANTICIPACIONES HIPOTÉTICAS	24
REFERENTE TEÓRICO	24
CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	28
RESGUARDOS ÉTICOS	30
ANÁLISIS DEL TRABAJO DE CAMPO	
<i>Detrás del ideal. Embarazo y malestar psíquico</i>	31
<i>Significados acerca del embarazo</i>	32
<i>El impacto de la noticia. Lo no esperado</i>	33
<i>Embarazo y sus efectos en la subjetividad</i>	35
<i>Conclusiones</i>	37
<i>La dimensión subjetiva en la experiencia de ILE</i>	38
<i>El aborto, un cese urgente al padecimiento</i>	38

<i>El aborto como ILE</i>	40
<i>Razones para abortar y sus implicancias subjetivas</i>	43
“La maternidad será deseada o no será”	43
La interrupción del embarazo o la interrupción de proyectos de desarrollo personal	44
Condiciones inadecuadas para el embarazo y la maternidad	46
Embarazo no deseado producto de relaciones no consentidas. ¿Cuarta categoría?	49
<i>El procedimiento de ILE en sí</i>	52
Bagaje previo	52
La experiencia durante el procedimiento de ILE	53
Efectos subjetivos post ILE	56
Conclusiones	59
<i>Las redes de apoyo</i>	62
<i>Tejido de redes sororas</i>	63
<i>Los varones</i>	66
<i>Las organizaciones y movimientos feministas</i>	69
Conclusiones	71
<i>La atención de la ILE en el sistema de salud y en el dispositivo del Centro de Salud</i>	73
<i>El modelo tradicional de atención. Barreras y condicionantes previos al dispositivo de ILE</i>	74
<i>El proceso de atención en ILE desde el dispositivo del Centro de Salud</i>	77
Conclusiones	80
<i>Consideraciones finales</i>	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXO	
<i>Anexo 1: Ficha de la consulta</i>	96
<i>Anexo 2: Guía de entrevista</i>	97
<i>Anexo 3: Consentimiento informado</i>	98

INTRODUCCIÓN

La presente tesis se enmarca dentro de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas que ofrece la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde su Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

A través de la misma, se explora la experiencia subjetiva de las mujeres que accedieron a una interrupción legal del embarazo (ILE) en el dispositivo de ILE de un Centro de Salud del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), donde esta investigadora se desempeña como psicóloga.

Considera la experiencia de las mujeres que concurrieron a dicho dispositivo desde su creación en el año 2017, hasta el año 2020 inclusive, por lo que se circunscribe a un periodo previo a la sanción de la Ley N° 27.610/2020 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), caracterizado por una política pública difusa y desigual en torno a la ILE a nivel nacional, pero que en CABA fue institucionalizándose con el paso de los años.

La experiencia subjetiva, o experiencia de los hechos tal como se perciben, constituye un proceso situado en una trama de relaciones intersubjetivas, -variable, construido y reconstruido histórica y socialmente-, que articula una diversidad de dimensiones cognitivas, normativo-valorativas y emotivas.

Desde estas premisas, conocer la experiencia subjetiva de quienes realizaron una ILE precisa recuperar los conocimientos, significados, sentimientos de las mujeres implicados a lo largo de todo el proceso, así como también sus pareceres en torno a los factores institucionales y los condicionantes socio subjetivos que en ella intervinieron.

Para ello, se propone un recorrido que se inicia con la noticia del embarazo, atendiendo a los significados que adquirió el mismo para las mujeres, a los sentimientos que suscitó en ellas y al impacto que a nivel subjetivo les produjo este evento, sin dejar de considerar la normatización y endoculturación emocional que se impone socialmente respecto del embarazo y la maternidad.

En segundo lugar, se abordan los significados que el aborto revistió para las mujeres, la información que tenían en relación al marco legal, sus posibilidades de resignificar al aborto como ILE, sus conocimientos y sentimientos desplegados en relación al procedimiento antes, durante y después de realizarlo, así como las razones que las llevaron a tomar esta decisión.

Luego, se realiza una indagación acerca de la conformación y función de la red social significativa en el marco de la experiencia de la ILE y su impacto en dicha experiencia, para

finalmente explorar cómo fue ponderada la atención brindada por el sistema de salud y por el dispositivo de ILE y los factores institucionales que la condicionaron o facilitaron.

En línea con lo anterior, la tesis contiene cuatro grandes capítulos que describen de manera pormenorizada las instancias mencionadas de manera de poder conocer la experiencia subjetiva de las mujeres que interrumpieron legalmente su embarazo en el dispositivo de ILE considerado. Los mismos son precedidos por un apartado que versa sobre los antecedentes o estado de la cuestión, -donde se realiza una revisión sobre la política pública de aborto e ILE a nivel nacional y en la CABA, se describe el funcionamiento del dispositivo de ILE en este marco, y se retoman los estudios e investigaciones existentes referidos a subjetividad y aborto en diferentes contextos-, y por un apartado metodológico.

JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Conocer las experiencias subjetivas de las mujeres que accedieron a la interrupción legal del embarazo en el sistema público de salud, resulta relevante en múltiples aspectos.

En primer lugar, este estudio permite poner en visibilidad la voz y la experiencia de las mujeres que interrumpieron un embarazo, y contribuir con ello al debate público que se instaló desde 2018 en la sociedad argentina. En aquel año histórico en que por primera vez un proyecto de ley de IVE logró tratamiento parlamentario, las voces más resonantes fueron las de personalidades de la ciencia y la cultura, activistas feministas, profesionales de la salud, representantes de las cámaras, y la de un movimiento que aglutinó gran parte de la participación social en torno a este derecho: la Marea Verde¹. Los relatos acerca de las experiencias singulares en la realización de esta práctica no tuvieron lugar en los debates públicos más que en forma circunstancial, a partir del testimonio autorreferencial de algunas expositoras, que por su pertenencia de clase o activismo en la temática, no necesariamente representan la diversidad de mujeres que conforman el universo considerado en este estudio. Asimismo, dichos relatos no refirieron a experiencias de ILE, sino a abortos realizados en clandestinidad.

A pesar de no haberse logrado la aprobación de la Ley de IVE aquel año, lo acontecido desde 2018 dejó planteado un escenario social y político habilitante que llevó a que, en marzo de 2020, el presidente Alberto Fernández hiciera público su compromiso de enviar al Congreso de

¹ La denominada “Marea Verde”, constituye un actor político que se consagró con los sucesos de 2018 bajo la consigna de aborto legal. Si bien su núcleo organizativo es la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, en los últimos años se sumaron otras organizaciones, activistas con diversas trayectorias, y mujeres sin experiencia previa, ni pertenencia orgánica a ninguna organización (Tesoreiro, 2019).

la Nación un nuevo proyecto sobre IVE, el cual, debido al contexto de pandemia por COVID, fue debatido y aprobado los últimos días de 2020, dando lugar a la Ley N° 27.610.

Si bien el presente estudio abarca el tiempo anterior a la sanción de dicha Ley, se espera que conocer las experiencias subjetivas de las mujeres que realizaron una ILE pueda constituir un aporte para la real efectivización e implementación de una política pública sobre IVE que contemple a la mujer en su integralidad.

En este sentido, el estudio pretende también contribuir a mejorar las prácticas del equipo del Centro de Salud considerado, así como de otros equipos que brindan acceso a la interrupción del embarazo. Asimismo, puede ser de utilidad para nuevos equipos de salud que deban conformarse para garantizar este derecho.

En el sistema de salud coexisten diferentes paradigmas. El paradigma dominante, también denominado Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1998; 2005), es la biomedicina y se caracteriza por el biologismo, la neutralidad, el centro en la enfermedad y en lo curativo-asistencial, la ahistoricidad, el paternalismo y la concentración del saber-poder en la figura del profesional. Mediante la naturalización de las características anatómicas y del funcionamiento de los cuerpos sexuados, este modelo refuerza las identidades de las mujeres como algo homogéneo y universal, vinculadas a la pasividad, a la sumisión y a una mayor predisposición al cuidado (Maure, 2017). Desde estas premisas, el sistema sanitario pone el acento en la contribución que las mujeres realizan a la salud de la población, mediante el desempeño de su rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar, invisibilizándolas en tanto personas y sujetos de derechos (López Gómez, Beina, Contera y Güida, 2003).

Este modelo coexiste con una mirada integral y compleja que reconoce la incidencia de los determinantes del orden socio-cultural, económico y político en la producción y solución de los problemas de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva integral, se redefine el rol de la mujer como sujeto de derechos y como partícipe activa del autocuidado de su salud (López Gómez et al., 2003).

Este estudio busca trascender la mirada biomédica para centrarse en la subjetividad de las mujeres. Constituye una alternativa al enfoque dominante en tanto busca conocer las experiencias subjetivas de las mujeres que realizaron una ILE, atendiendo a los condicionantes psicosociales y a los factores externos que las determinaron y a la interpretación y ponderación que ellas hicieron de los mismos. De esta manera pretende contribuir a mejorar la respuesta del sistema de salud ante esta problemática con el fin de poder satisfacer las *necesidades estratégicas de género*, es decir, aquellas que “cuestionan la posición de las mujeres en la

sociedad, tendiendo a subvertir el orden genérico que coloca a las mismas en posición de subordinación” (López Gómez et al., 2003, p. 25).

La psicología, como disciplina privilegiada para indagar sobre la subjetividad, abreva al campo de estudio considerado, permitiendo una mirada sobre la experiencia de aborto centrada en las mujeres.

Por último, los resultados que se obtengan tras este estudio pretenden enriquecer la escasa producción científica con la que se cuenta en el país en relación a la temática de aborto y subjetividad, que, por otra parte, se circunscribe generalmente a abortos concretados en condiciones de clandestinidad.

ANTECEDENTES O ESTADO DE LA CUESTIÓN

El aborto ¿una política pública en salud?

Durante el periodo considerado en el presente estudio, previo a la promulgación de la Ley N° 27.610/2020 de Acceso a la IVE, era el Código Penal de la Nación el instrumento donde se regulaba jurídicamente el aborto, desde que éste fue sancionado, en 1921.

El mismo tipificaba al aborto como un delito contra la vida y la persona, pero también preveía en su artículo 86, supuestos en los que estaba permitido. Estos supuestos de aborto no punible o causales de aborto legal, -como se denomina desde una reinterpretación en perspectiva de derecho-, eran tres: cuando el embarazo constituía un peligro para la vida de la mujer embarazada, cuando representaba un peligro para su salud o si éste era producto de violencia sexual.

Si bien estos permisos estaban consagrados desde 1921, durante el siglo veinte la posibilidad de acceder a una interrupción legal del embarazo en los términos previstos en el Código Penal fue prácticamente nula. A pesar de contar con un marco jurídico que permitió el aborto en determinadas circunstancias, la prohibición de la práctica se instauró como una normal informal (Fernández Vázquez, 2017).

Este escenario prohibicionista contribuyó a la criminalización de las mujeres que realizaban un aborto, a su estigmatización por subvertir el mandato de la maternidad obligatoria (Fernández Vázquez, 2017) y al engrosamiento de la cantidad de abortos inseguros, con los consecuentes efectos sobre la salud y la vida de las mujeres.

Durante las dos primeras décadas del siglo veintiuno, no obstante, diversos hitos contribuyeron a horadar el paradigma prohibicionista dominante y a posibilitar modos de respuesta a esta problemática, ya no desde la perspectiva penalista sino desde el campo de la salud pública. Sin

embargo, las estrategias sanitarias de respuesta se organizaron en su mayoría de modo informal y asistemático debido a la ausencia de una política pública clara y unificada por parte del Estado para atender a esta problemática. Estas estrategias se dividen en las consejerías pre y post aborto por un lado y la ILE por otro. Sobre ellas se hace referencia a continuación.

Las consejerías pre y post aborto. Una estrategia para la reducción de riesgos y daños en aborto inseguro

Durante los primeros años del presente siglo comenzaron a organizarse las consejerías pre y post aborto, primeras iniciativas sanitarias para dar respuesta a la problemática del aborto.

Las mismas surgieron a manos de profesionales de la salud, como prácticas no regladas, realizadas de forma aislada, sin que existiera regulación estatal (Fernández Vázquez, 2017), en un contexto de disponibilidad de misoprostol en la región, medicamento que, si bien fue diseñado para el tratamiento de úlceras gástricas, comenzó a ser popularizado entre las mujeres por sus efectos abortivos y su posibilidad de autoadministración.

Tomando como modelo la experiencia de un centro sanitario de Uruguay², las consejerías pre y post aborto buscaban reducir la morbimortalidad asociada al aborto inseguro, brindando asesoramiento profesional previo a la decisión de practicarse el aborto y atención post procedimiento.

En efecto, el aborto inseguro, al que la Organización Mundial de la Salud (2012) define como todo procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria y/o en un ámbito en que no se cumplen los mínimos criterios médicos, constituye un problema de salud pública.

Entre las complicaciones del aborto inseguro se incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20% al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20 % y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior. Se estima que una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica (Organización Mundial de la Salud, 2012).

² El modelo de reducción de daños y riesgos comienza a gestarse en Uruguay en el año 2001, a través de un grupo de profesionales de la medicina del Centro Hospitalario Pereyra Rossell quienes elaboran la “Estrategia Sanitaria de Reducción de Daños”, con el objetivo de reducir la morbimortalidad asociada a abortos inseguros. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

En el país, el aborto inseguro representa desde 1980 la primera causa individual de mortalidad “materna”³, habiéndose cobrado la vida de 3030 mujeres desde el retorno de la democracia (CEDES, ELA y REDAAS, 2018). Quienes generalmente sufren las consecuencias de los abortos inseguros son las mujeres pobres, debido a que recurren con frecuencia a prácticas riesgosas, como la autocolocación de sondas o tallos de perejil, prácticas de personas no idóneas, o a la ingesta/aplicación de diferentes sustancias (Zamberlin, 2007).

Con el objetivo de reducir la morbimortalidad asociada al aborto inseguro, las consejerías se erigieron como dispositivos donde se brindaba información a las mujeres que buscaban abortar, acerca del uso correcto del misoprostol, al tiempo que se desalentaban prácticas riesgosas, y se proveía atención post aborto.

Sustentadas en el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud, el principio de autonomía de los pacientes y el derecho de éstos a recibir información confiable con respecto a su salud⁴, proporcionaban información clara, oportuna y veraz sobre cómo reducir los riesgos de un aborto, mas no proveían el acceso al misoprostol ni procedían de acuerdo al modelo de causales.

En este sentido, las consejerías constituyeron una respuesta sanitaria valiosa para la reducción de la morbimortalidad por aborto inseguro, pero no garantizaron la interrupción legal del embarazo (Fernández Vázquez, 2017).

A través de los años el dispositivo de consejería pre y post aborto cobró mayor visibilidad y legitimidad. No obstante, continuó respondiendo a la iniciativa de profesionales de la salud, quienes contribuyeron a la construcción de políticas públicas desde abajo. Desde una mirada crítica, puede afirmarse que las consejerías de reducción de riesgos y daños en aborto respondieron a *políticas públicas difusas*, políticas imprecisas, que no fueron planificadas y que se caracterizaron por un nivel reducido de institucionalización (Fernández Vázquez, 2017).

El acceso (desigual) a la ILE

La segunda década del siglo XXI representó una bisagra que marcó la progresiva implementación de la ILE según el modelo de causales previsto en el Código Penal.

³ Al respecto del concepto de mortalidad “materna”, cabe aclarar que este constituye un indicador epidemiológico utilizado para referirse a la muerte de una mujer durante el período de embarazo y hasta 42 días después del parto, a raíz de causas relacionadas con el estado de gravidez o agravadas por la gestación. A pesar del uso establecido de este concepto, es de señalar cómo a través del mismo se reproduce la equivalencia mujer=madre.

⁴ Los mencionados son tres de los principios contenidos en la Ley N° 26.529 sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

El derecho a la ILE fue consagrado como tal en el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo⁵, que el Ministerio de Salud de la Nación elaboró en 2015. El Protocolo reconocía oficialmente el derecho a interrumpir un embarazo según el marco legal vigente, a partir de reinterpretar los supuestos esgrimidos en el Código Penal, contribuyendo de manera clara a brindar las herramientas y los conceptos necesarios para la certificación de las causales de acceso al aborto legal: causal riesgo a la salud integral, riesgo a la vida, causal violencia sexual.

El mismo se originó tras el fallo F; A.L. s/Medida Autosatisfactiva, dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el año 2012. A través de este fallo se declaró la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal, se reconoció el acceso al aborto no punible⁶ como un derecho de las mujeres que no requería de un “permiso judicial”, y se instó al Estado, tanto nacional como provinciales, a adoptar medidas para garantizar el acceso al aborto cuando este era no punible. Asimismo, el fallo clarificó la causal violación, y estableció que la misma contemplaba a cualquier mujer, adolescente o niña, y que para acceder al aborto en estos casos era suficiente una declaración jurada en el servicio de salud.

Respecto de la causal “salud”, fue el Protocolo (2019, p. 15) el instrumento donde se explicitó que esta debía ser entendida como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”, al tiempo que estableció que no se requería la constatación de una enfermedad, sino que bastaba con la potencialidad de afectación a la salud, incluyéndose al dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.

Ni el Protocolo ni el Fallo F; A.L., surgieron de manera aislada. Los mismos no se dieron en el vacío (Guzmán, 2003), sino que se originaron en una sociedad concreta y en un tiempo histórico determinado, signado por la organización y movilización de mujeres y otros actores de la sociedad civil, que en tanto sujetos sociales, pugnaron por instalar en la agenda pública la temática del derecho al aborto. Entre los factores que antecedieron a la sanción del Protocolo, es preciso destacar: la movilización de mujeres y sus numerosos reclamos a instituciones jurídicas y sanitarias para garantizar el aborto legal según el modelo de causales⁷; el

⁵ En adelante se hará referencia a dicho documento como “el Protocolo”.

⁶ Nótese que el mencionado Fallo recoge del Código Penal el concepto de “aborto no punible”, vinculando al aborto con la posibilidad de punibilidad y criminalización (Berra, 2017), mientras que el Protocolo lo resignifica como “ILE” poniendo el acento en el acceso a un derecho.

⁷ Cabe mencionar como antecedentes relevantes la Comisión por el Derecho al Aborto surgida en 1988, los debates durante la década de 1990 referidos a los derechos sexuales y reproductivos, la Asamblea por el Derecho al Aborto popularmente constituida en 2003 y los Encuentros Nacionales de Mujeres, particularmente de los años 2003 y 2004, donde la discusión del aborto cobró inédita centralidad. Para más información, ver Burton (2017).

lanzamiento en 2005 de la Campaña Nacional por el Aborto Seguro, Legal y Gratuito⁸; la organización de las redes de socorrismo, en 2012, desde las que se brindaba información y acompañamiento a las mujeres para acceder a un aborto seguro; la experiencia acumulada en las consejerías de reducción de riesgos y daños en aborto inseguro por parte de profesionales de salud y la conformación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, en el año 2014, integrada por trabajadores de la salud que, a través del sistema público de salud, buscaban expandir el acceso a los abortos legales y seguros.

La elaboración del Protocolo, pensado como una guía de buenas prácticas para el acceso a la ILE, constituyó un paso fundamental en la legitimación e institucionalización de esta problemática.

Sin embargo, pese a su pretensión de ser aplicado en todo el territorio argentino y de ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, no fue acompañado por una estrategia firme que promoviera su difusión y aplicación por parte de las autoridades federales (ANDHES et al., 2018). Tampoco contó con estatus de resolución ministerial sino hasta su actualización en 2019, momento en el que fue derogado por el entonces presidente Mauricio Macri.

Recién en la administración actual, que asumió en diciembre de aquel año, el Protocolo fue oficializado y aprobado por Resolución 1/2019, lo cual representó una oportunidad para tener una normativa oficial en cuanto a la atención de personas con derecho a ILE, para ofrecer lineamientos para una atención de alta calidad en todo el país y para facilitar una mayor adherencia por parte de las provincias (Franco y Volij, 2020). No obstante, si bien es cierto que tras su oficialización nuevas provincias adhirieron al mismo⁹, el grado de aplicación de este instrumento permaneció variable.

Estas vicisitudes derivaron en la configuración de un escenario nacional donde el acceso a la ILE resultó heterogéneo y desigual en función de la jurisdicción considerada. En este sentido, es posible afirmar que la legalidad del aborto por causales fue, en la práctica, una deuda no saldada en gran parte de las localidades del país, salvo contadas excepciones, encontrándose las mujeres con innumerables barreras para el acceso a este derecho. Entre ellas, cabe mencionar: la negación de atención por parte de médicos/as por considerar al aborto siempre "ilegal", el

⁸ La Campaña Nacional por el Aborto Seguro, Legal y Gratuito constituye una alianza que nuclea a organizaciones sociales, organismos académicos y científicos, profesionales de la salud, entre otros, en su lucha por la legalización del aborto.

⁹ Las provincias que para fines de 2020 no contaban con normativas propias ni habían adherido al Protocolo elaborado por Nación eran: Santiago del Estero, Tucumán, Corrientes, San Juan y Formosa. Mientras que Córdoba, Mendoza y Neuquén contaban con protocolos propios que no se ajustaban a la guía nacional. Esto representaba un tercio del país.

mal uso y abusos de la objeción de conciencia, el hostigamiento en los servicios de salud, entre otros (Ramón Michel y Ariza, 2018).

El sistema público de salud de CABA y el acceso a la ILE

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) fue una de las pocas provincias del país donde se garantizó el acceso a la ILE de manera legal, segura y gratuita, a través de su sistema público sanitario. Si bien existen registros que en 2014 dos hospitales generales de agudos y un centro de salud brindaron atención a determinadas situaciones de aborto legal, la ILE en tanto política pública se implementó en dicha jurisdicción desde el año 2017.

Para ese año, la Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS del Ministerio de Salud de CABA comenzó a proveer misoprostol de manera sistemática a los cada vez más numerosos efectores de salud que garantizaban los abortos legales, a elaborar estadística al respecto y a llevar adelante actividades de capacitación destinadas a trabajadores de la salud para ampliar y mejorar el acceso a la práctica (Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, 2020).

El proceso de institucionalización de la ILE se produjo merced a la confluencia de diversos actores y fuerzas. Entre ellos cabe destacar, como fuera oportunamente mencionado, a profesionales de la salud del sistema público que venían implementando dispositivos de consejería de reducción de riesgos y daños y que comenzaron a organizarse para instar al Estado a dar una respuesta sistemática frente a las solicitudes de aborto legal. En este sentido, cobra especial relevancia el accionar de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

Los últimos datos oficiales provistos por la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS (2020) indicaron que durante el 2019 se resolvieron 8388 situaciones de ILE. El 84% de las ILE fueron abordadas por equipos interdisciplinarios de centros de salud, encargados de resolver las interrupciones de modo ambulatorio hasta semana 12,6 de embarazo, mediante la indicación y provisión gratuita de misoprostol para uso domiciliario. El porcentaje restante fue resuelto en hospitales, por ser necesario realizar el procedimiento en contexto de internación. Para ese año, además, la respuesta de la ILE ya estaba presente en todas las áreas programáticas del sistema de salud de CABA, lo cual demuestra la expansión de la política pública.

Pese al grado de consolidación de la política pública de ILE en la Ciudad, la misma presentó algunas inconsistencias. En primer lugar, no todos los efectores de salud cumplían con la responsabilidad de garantizar la ILE, quedando supeditada la prestación a la iniciativa de sus trabajadores. En segunda instancia, existía una heterogénea interpretación de la causal salud entre los equipos (y por tanto un desigual acceso a la ILE en razón de esta causal), conviviendo

aquellos que restringían su entendimiento a las nociones de gravedad, muerte y/o enfermedad con quienes suscribían a una concepción de salud integral. Del mismo modo sucedía, aunque en menor medida, con la interpretación de la causal violación, la cual era entendida bajo la racionalidad patriarcal, invisibilizando violaciones intra pareja y otros tipos de violencias que afectan la capacidad real de poder consentir tener relaciones sexuales o las condiciones de cuidado en que se llevan a cabo. Por último, la política pública no fue acompañada por estrategias de comunicación que difundieran este derecho entre la población, a través de cartelera, folletería o cualquier otro soporte comunicacional (Berra, 2017).

En línea con lo anterior, cabe señalar además que la CABA adhirió formalmente al Protocolo nacional recién en julio del 2020. Hasta esa fecha, contaba con un protocolo propio de ILE, sumamente restrictivo, que se encontraba suspendido judicialmente por no adecuarse a los estándares previstos en el Fallo F; A.L., gracias a la acción de la sociedad civil. La judicialización del protocolo municipal permitió que los equipos de salud de CABA pudieran garantizar durante esos años las ILE en los términos previstos por dicho instrumento. La adhesión al Protocolo nacional, sin embargo, brindó mayor seguridad jurídica en la realización de la prestación.

El dispositivo de ILE del Centro de Salud

- Historia y funcionamiento

El dispositivo de ILE fue uno de los efectores que garantizaron dicha práctica dentro del sistema público de salud de la CABA.

Sus antecedentes más inmediatos se remontan al año 2015, cuando, por iniciativa de esta investigadora y otra colega psicóloga, se inauguró en el Centro de Salud considerado una consejería de reducción de riesgos y daños frente al aborto inseguro.

En 2017, con la inclusión de profesionales de la medicina al equipo y la gestión de medicación abortiva en el Centro de Salud, provista por la Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS, se logró consolidar un dispositivo que garantizara las interrupciones legales del embarazo en los términos establecidos por el Protocolo, no sólo proveyendo información sino también misoprostol de manera gratuita para utilizar en domicilio, a partir del entendimiento de que el aborto inseguro constituye un problema de salud pública al que el sistema de salud debe dar respuesta, así como también a partir del reconocimiento de la ILE como derecho.

Por situarse en un periodo previo a la sanción de la Ley N° 27.610/2020, procedió amparándose en las causales de aborto legal establecidas en el Código Penal, para poder garantizar el acceso

a una ILE en casos de violencia sexual, y/o cuando el embarazo representara un riesgo a la vida y/o a la salud integral de la mujer gestante.

Conformado por un equipo interdisciplinario de profesionales de psicología, trabajo social y medicina, el dispositivo garantizó no sólo el acceso a un método abortivo seguro, sino también brindó un espacio de orientación y contención para la mujer.

El circuito de atención comenzaba con una primera consulta con profesionales de psicología, entre las cuales se encontraba esta investigadora. A través de la misma, se buscaba dar cuenta de si la decisión de interrumpir el embarazo fue tomada por la mujer, y en caso de que sí lo fuera, ésta revestía alguna implicancia subjetiva para ella. Además, entre otros aspectos, se clarificaba el marco legal, se proporcionaba información científica y veraz sobre el procedimiento, se trabajaba sobre mitos y creencias sobre aborto, se indagaba sobre la red social significativa y continente y se la interpelaba para acompañarla durante el procedimiento, se exploraba sobre cuidados anticonceptivos y circunstancias en las que quedó embarazada para determinar si se trataron de relaciones sexuales consentidas, y a partir de una indagación en profundidad y escucha activa y atenta, se evaluaba el riesgo a la salud que el embarazo constituía para la mujer, atendiendo a la premisa que todo embarazo no deseado conlleva una potencial afectación a la salud psíquica de la persona gestante.

Tras certificarse la causal salud y/o violación, se gestionaba una derivación a un turno próximo con medicina. En ese espacio el/la profesional realizaba una anamnesis para evaluar si además existía riesgo a la salud física, si la mujer se encontraba apta para utilizar misoprostol, y explicaba el modo de utilización, efectos esperables y pautas de alarma ante las que debía concurrir a una guardia de emergencia de salud. En esa consulta también se procedía a la firma del consentimiento informado, y si correspondía por tratarse de una causal violación, de la declaración jurada. La mujer recibía una copia de dichos documentos con la indicación de presentarlos en caso de tener que ir a una guardia, en tanto acreditaban la legalidad de la práctica. Se brindaba la receta para retirar de manera gratuita el misoprostol por la farmacia del Centro de Salud y analgésicos para utilizar durante el procedimiento. Se programaba un turno para constatar que el aborto se hubiera producido y se ofrecía acceso a cuidado anticonceptivo, en lo posible en la misma consulta post interrupción. El abordaje post aborto por trabajo social permitía dar seguimiento a otras problemáticas emergentes, como por ejemplo situaciones de violencia de género.

Los únicos estudios solicitados eran una ecografía confirmatoria del embarazo, para la primera consulta, y una ecografía post procedimiento, que debían realizarse en otros efectores, puesto que el Centro de Salud no contaba con dicho recurso.

Fueron pocas las circunstancias en las que no pudo garantizarse la ILE desde el dispositivo, en cuyo caso se derivaba al hospital de referencia. Dichas circunstancias eran: cuando el embarazo era mayor a 12 semanas y 6 días, cuando la mujer no contaba con condiciones para realizar el procedimiento de manera ambulatoria, o porque presentaba alguna contraindicación médica para el uso de misoprostol y por tanto requería de otro procedimiento.

Desde su inicio como dispositivo de ILE hasta fines de 2020, accedieron a la ILE 577 mujeres. Las mismas provinieron de estratos socio-económicos muy variados, sus edades oscilaron entre los 13 y los 44 años. Algunas eran migrantes, en su mayoría de países latinoamericanos.

Actualmente el dispositivo adecuó su funcionamiento a la Ley N° 27.610/2020 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

- El modelo de atención integral como eje rector

Tal como fuera mencionado anteriormente, en el sistema sanitario predomina un paradigma de salud caracterizado por el biologismo, la neutralidad, el centro en la enfermedad y en lo curativo-asistencial, la ahistoricidad, el paternalismo y la concentración del saber-poder en la figura del profesional, que es denominado Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2005). Dicho modelo sostiene un discurso idealizador de la maternidad, en tanto pone el acento en la contribución que las mujeres realizan a la salud de la población, en su rol de madres y esposas, cuidadoras de la salud familiar.

Junto con este paradigma coexiste una perspectiva en salud que reconoce la incidencia de los determinantes del orden socio-cultural, económico y político en la producción y solución de los problemas de salud y enfermedad y que pone en escena a las personas en tanto sujetos de derechos y no como objetos de intervención. Desde estas premisas las mujeres son consideradas como sujetos integrales, que detentan derechos y participan activamente del autocuidado de su salud.

López Gómez et al. (2003) denominan modelo tradicional al primero, y modelo integral de atención, al segundo. Los/as autores establecen que la coexistencia de ambos supone algunas tensiones, entre las que mencionan:

- la convivencia entre una concepción biomédica de la salud y una concepción integral de la salud.

- la coexistencia entre un modelo focalizado en la figura de la mujer como madre y un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral.
- la convivencia entre un modelo que considera a la mujer en tanto objeto de la atención, y un modelo que la considera sujeto de derechos y que promueve el empoderamiento y la construcción y ejercicio de la ciudadanía.

El dispositivo de ILE formó parte del sistema público sanitario de CABA, signado por estas tensiones. Con el enfoque integral de atención como norte, logró instalar algunas rupturas respecto del modelo dominante:

- Desde su objetivo fundacional, planteó un cuestionamiento al imperativo de la maternidad. Los pañuelos verdes, símbolo de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, visibles en el marco de la consulta, acompañaban materialmente este posicionamiento.
- Garantizó que toda mujer que concurriera al dispositivo pudiera decidir sobre su embarazo y pudiera acceder a la interrupción de acuerdo a las causales previstas por el Código Penal.
- Suscribió a la concepción de salud integral que proponía el Protocolo (2019) y a la consideración de la mujer en tanto sujeto integral. La conformación interdisciplinaria del equipo que llevó adelante el dispositivo respondía a estas premisas.
- Procuró organizar su atención bajo los principios rectores de autonomía, accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad y transparencia activa.

Estudios sobre subjetividad y aborto

Ideas generales

Entre los estudios que abrevan acerca de la experiencia subjetiva de las mujeres que realizan un aborto, existe coincidencia acerca de que esta está determinada por las condiciones legales y sociales en las que la práctica se inscribe y por las significaciones que las mujeres otorgan a la maternidad y al aborto.

Así, Fernández y Tajer (2006) establecen la vinculación entre los procesos subjetivos que una mujer puede desplegar frente a un aborto inducido y las políticas públicas existentes en la materia. Plantean que las significaciones de culpa y muerte están vinculadas a las condiciones de ilegalidad en las que se enmarca la práctica del aborto.

Para Carril y López (2010) la forma en que es vivido el acontecimiento de abortar está en relación a los significados asociados al embarazo no deseado, al aborto inducido, al tipo de prácticas realizadas en el sistema de salud y al contexto legal en el que el aborto se inscribe. El estudio llevado a cabo por las investigadoras muestra cómo la ilegalidad del aborto, el maltrato institucional y las representaciones sociales hegemónicas acerca de la maternidad como imperativo femenino, y del aborto como crimen, se asocian a un mayor grado de sufrimiento psíquico, angustia y malestar subjetivo.

Para Maroto Vargas (2010) la experiencia del embarazo y la decisión de interrumpirlo no pueden ser aisladas de la historia de vida de la mujer. La autora considera que la experiencia psicológica del aborto está mediada por la evaluación que cada mujer hace del embarazo y del aborto, por el significado que tienen ambos eventos en su vida, por su habilidad de lidiar con situaciones complejas, las formas en que enfrenta las emociones, las condiciones del ambiente en el que se toma la decisión y se lleva a la práctica, la edad, la presencia o ausencia de redes de apoyo, la situación legal del aborto, entre otros factores.

El Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2011) destaca el estrés que sobreviene ante un embarazo no deseado, y concluye que éste se ve agravado cuando a la decisión de abortar se añade estigma social o religioso, cuando la mujer se ve obligada a mantener en secreto su decisión o no cuenta con red de apoyo.

Para Pistani y Ceccato (2014) la experiencia de aborto depende de las significaciones que cada mujer le asigna al aborto, del tratamiento y del nivel de decisión. Estos factores determinan, según las investigadoras, que la experiencia sea vivida por las mujeres como un drama que conmociona y desestabiliza su equilibrio psíquico, como un evento crítico pero superable, o como una oportunidad de reafirmación en su autonomía.

Investigaciones regionales sobre aborto en contexto sanitario y de legalidad

Son escasas las investigaciones que abordan cómo son los procesos subjetivos de aborto en contextos legales que protegen y reconocen este derecho (Ramos, 2016, p. 31).

Entre ellas cabe destacar el trabajo de Flores Pérez y Amuchástegui Herrera (2012) quienes se propusieron conocer la experiencia de interrupción legal del embarazo de mujeres usuarias del sistema público de salud de México DF, así como sus interpretaciones sobre este derecho, en el contexto social e institucional inmediato a la despenalización del aborto en dicha ciudad.

Las investigadoras indagaron acerca de las razones para interrumpir el embarazo y hallaron que el proceso de decisión y aborto fue vivido con mayor sensación de alivio y mayor experiencia

de autonomía en aquellas mujeres que no deseaban seguir adelante con el embarazo, respecto de quienes sí lo deseaban pero carecían de condiciones para ello.

Refieren que independientemente de las razones y condiciones personales en que se llevó a cabo la interrupción, la efectividad del procedimiento abortivo (misoprostol y aspiración manual endouterina) fue experimentada como un alivio. Señalan las autoras que las mujeres significaron la experiencia de abortar como difícil y desagradable, aunque consideraban que se trataba de la mejor opción para ellas, para sus hijos e inclusive para el “hijo que habría nacido” (p. 25). En relación a esto último la maternidad tanto presente como futura aparece como argumento ante la decisión de abortar, por lo que las investigadoras sostienen que el imperativo materno se mantuvo incuestionado.

Asimismo, mencionan que las mujeres describieron al aborto como una decisión privada, tomada de forma individual o en ocasiones en conjunto con sus parejas, y que la posibilidad de acceder a la interrupción legal del embarazo les permitió decidir en función de su conciencia y valores, con la certeza de que no se trataba de un delito.

Por otra parte, agregan las autoras que la legalización del aborto y la provisión estatal del servicio permitió a las mujeres experimentar un sentido de legitimidad en la decisión de interrumpir un embarazo y evidenciarse como titulares de derechos, así como también brindó una sensación de seguridad en el procedimiento, aminorando los efectos estigmatizantes y el temor a las consecuencias legales y de salud que se asocian a los abortos clandestinos. La legalización y provisión del servicio implicó también un reconocimiento de la responsabilidad atribuible a las instituciones públicas de salud.

En la misma línea, el Grupo Médico por el Derecho a Decidir de Colombia (2011) establece que el contar con servicios de aborto legal que garanticen esta práctica permite a las mujeres tomar una decisión autónoma, genera alivio, restaura el bienestar y contribuye a su estructuración subjetiva.

Investigaciones en Argentina sobre aborto en contexto sanitario y de legalidad

En Argentina son escasos los estudios acerca de la experiencia subjetiva de mujeres que abortan en condiciones de no clandestinidad y acompañadas por el sistema de salud.

Uno de ellos es el trabajo de investigación conducido por Dosso (2013), que se propuso indagar acerca de los efectos en la subjetividad de las mujeres que consultaron al dispositivo de consejería de reducción de riesgos y daños en aborto inseguro del sistema público de salud de una localidad de la Provincia de Buenos Aires.

Entre los resultados hallados, la investigadora refiere que la consejería amplió la autonomía de las mujeres para tomar decisiones y produjo alivio subjetivo.

Señala que, al enterarse del embarazo, las mujeres experimentaron cierto grado de padecimiento subjetivo: sentimientos de culpa, bronca contra ellas mismas, vergüenza, depresión, preocupación, desesperación y miedo ante la perspectiva del aborto debido a considerar que las alternativas posibles eran riesgosas e invasivas. El misoprostol fue mencionado como una alternativa considerada de baja eficacia.

La investigadora consigna que las mujeres se anoticiaron de la existencia de la consejería merced a otras congéneres, y que el encuentro con el dispositivo produjo alivio. Las mujeres refirieron sentirse cómodas, contenidas, apoyadas, acompañadas y sorprendidas de contar con un espacio de semejantes características.

La decisión de abortar fue significada por las mujeres como una decisión difícil de tomar, pero que les permitió resolver un conflicto, y que no revistió ninguna consecuencia traumática. Sindicaron asimismo a la decisión de abortar como un acto de responsabilidad, la cual referían debía ser tomada en forma personal.

Los/as otros/as significativos/as cobraron un lugar fundamental en el relato de las mujeres: generando tristeza y culpa cuando ejercían presión, forzando determinada opción, o estigmatizaban a las mujeres por tomar la decisión de abortar; promoviendo autonomía y aliviando el sufrimiento psíquico cuando acompañaban y respetaban la decisión.

El espacio de la entrevista pre aborto fue muy valorado por las mujeres en tanto les permitió acceder a información confiable, evacuar dudas, y trabajar sobre los miedos asociados a la pérdida de su futura salud reproductiva. El trabajo anticipatorio sobre el temor recurrente a los dolores y a la pérdida de sangre, permitió a las mujeres atravesar la situación con menor padecimiento subjetivo.

El acceso al misoprostol, al correr por cuenta de las mujeres en el caso de las consejerías, fue consignado como un obstáculo y vivenciado como traumático.

El momento de la interrupción fue señalado como un momento movilizante emocionalmente y de duelo por la decisión tomada.

La posibilidad de realizar el procedimiento en domicilio fue valorada positivamente, las mujeres se sintieron tranquilas y confiadas por contar con la información y orientación ya brindadas, y por tener pactada la consulta post aborto.

Durante la consulta post aborto, las mujeres manifestaron sentirse ansiosas hasta poder confirmar el resultado del procedimiento mediante la ecografía. Aquellas que lograron un

aborto completo manifestaron alivio y tranquilidad. Las mujeres que tuvieron un aborto incompleto indicaron sentirse contenidas durante la derivación a un hospital para resolver esta situación.

Dosso (2013) refiere que el aborto fue vivido por las mujeres como un evento que les permitió recobrar su salud, anteriormente amenazada o desequilibrada ante la noticia del embarazo. Señala la autora que, una vez concluido el aborto, algunas mujeres refirieron experimentar bienestar físico y emocional; otras adujeron sentir dolor asociado a estar atravesando una situación de duelo, aspecto que se considerará en el presente estudio. Muchas experimentaron miedo a volver a quedar embarazadas. Algunas refirieron sentimientos de culpa y tristeza por no haber sido apoyadas por sus seres más cercanos.

El estudio de Dosso (2013) remite a la experiencia subjetiva de mujeres que realizaron un aborto en el marco de las consejerías de reducción de riesgos y daños, a través de las cuales el sistema de salud acompañaba con información y controles previos y posteriores a la interrupción, mas no garantizaba el acceso a la interrupción legal del embarazo.

En este punto, se plantea una diferencia sustantiva entre la investigación de Dosso (2013) y la presente tesis, en tanto esta última busca conocer la experiencia subjetiva de las mujeres que interrumpieron su embarazo de manera legal, segura y gratuita en el dispositivo de ILE, que como parte del sistema público de salud de la CABA, proveyó además de información y cuidados, el misoprostol de manera gratuita.

En este sentido, la tesis pretende abonar a un campo de estudio poco explorado, puesto que prácticamente no se hallan trabajos que indaguen sobre la experiencia subjetiva de mujeres que acceden a la interrupción de su embarazo en contextos de legalidad. Esto puede obedecer al complejo escenario de interpretación y aplicación del marco legal en el país vigente durante el periodo considerado, tal como fuera explicado anteriormente.

Como excepción debe mencionarse el estudio realizado por Szulik y Zamberlin (2020) a través del cual las investigadoras se propusieron indagar acerca de las experiencias de mujeres que accedieron a una interrupción legal del embarazo, para identificar las formas en que percibieron, manifestaron y procesaron el estigma en torno al aborto.

Las autoras refieren, a partir del relato de las mujeres, que el momento en que las mismas tomaron conocimiento de su embarazo fue vivenciado como un evento que irrumpió en sus vidas, quebró su cotidianidad y las perturbó profundamente. Simultáneamente, la decisión de interrumpir el embarazo apareció de manera firme y clara.

Los motivos para optar por interrumpir el embarazo respondieron a las implicancias que representaba en el momento de vida de cada entrevistada, en su situación personal, de pareja, familiar, socioeconómica y de salud, en su proyecto de vida y sus deseos.

Expresan las autoras que en su mayoría se trató de una decisión analizada, consciente, libre y totalmente autónoma, basada en la necesidad de tomar las riendas de la propia vida, siendo minoritaria la expresión de sentimientos de culpa en la decisión, y en ningún caso manifestándose arrepentimiento.

Establecen que, una vez tomada la decisión, se planteó el problema acerca de cómo llevar a cabo un aborto, en tanto primaba la idea de que el aborto era siempre ilegal.

El desconocimiento sobre el marco legal vigente y la posibilidad de acceder a una ILE llevó a que se instale el miedo y la desconfianza. Las búsquedas para su resolución fueron “artesanales” y se configuraron a partir de los recursos simbólicos, cognitivos y materiales de cada entrevistada, iniciándose en su mayoría a partir del entorno cercano y de internet.

En la mayoría de los casos se describió un camino de búsqueda plagado de obstáculos, rechazos, temores y malestares que culminaron casi azarosamente y por efecto de la perseverancia de cada mujer, en el acceso a un aborto legal en una institución de salud. Solo una minoría encontró el camino directo a servicios de salud que garanticen la ILE.

La atención brindada por prestadores de ILE fue evaluada por las mujeres como un espacio amigable, donde se las escuchó y no se las juzgó, donde se sintieron confiadas y respetadas. La palabra, la escucha y la actitud respetuosa y libre de prejuicios resultaron clave para que la experiencia sea positiva. Las mujeres apreciaron que los profesionales les expliquen detenidamente los procedimientos y les brinden contención.

Para algunas entrevistadas, descubrir y conocer la legalidad fue un hallazgo esclarecedor, y pudieron entender cómo sus situaciones individuales cuadran en alguna de las causales de ILE. Otras, aún luego de haber accedido a una ILE, no terminaron de comprender acabadamente el marco legal y el concepto de causal salud, si bien se sintieron aliviadas y satisfechas de haber podido resolver su situación de manera segura y contenida.

La excepcionalidad de la legalidad se entendió como algo que aplicaba casi exclusivamente a la institución donde accedieron, y no así al resto del sistema de salud. Muchas coincidieron en que la legalidad debería difundirse para que sea más accesible y que más profesionales pudieran trabajar respetando el derecho a la ILE.

Las autoras concluyen que acceder a la ILE tuvo un efecto sanador y liberador, que las mujeres sintieron un gran alivio y pudieron retomar sus vidas.

Conclusiones

En síntesis, se puede concluir que hay consenso en la bibliografía respecto de que la experiencia subjetiva de las mujeres que atraviesan un aborto inducido está determinada por múltiples factores de tipo institucional, político y psicosocial. Existe coincidencia en que la experiencia subjetiva de aborto está signada por altos montos de temor, incertidumbre y angustia cuando se produce en contextos de ilegalidad y penalización, y cuando la mujer no cuenta con redes de apoyo y servicios. También se destaca cómo afecta a la experiencia subjetiva de las mujeres que abortan, los significados asignados socialmente a la maternidad en tanto imperativo femenino y al aborto como crimen. Escasos son los estudios donde se indaga acerca de la experiencia subjetiva de las mujeres que abortan acompañadas por el sistema de salud, en contextos de seguridad, cuidado y conforme a derecho. Aquellos estudios hallados coinciden en resaltar cómo en este contexto se logra reducir el malestar subjetivo y promover autonomía. Estos estudios fueron realizados en el extranjero, siendo muy exiguos en nuestro país, probablemente debido a que la aplicación de la interrupción legal del embarazo por causales resultó difusa y heterogénea. Esta tesis se propone justamente retomar este aspecto vacante, en tanto busca conocer la experiencia subjetiva de las mujeres que abortaron a través de un dispositivo de interrupción legal del embarazo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo fueron las experiencias subjetivas de las mujeres que realizaron una ILE en el dispositivo considerado? De los factores de diverso tipo que actuaron sobre esa experiencia subjetiva ¿qué piensan y cómo son ponderados por las mujeres?

REFERENTE EMPÍRICO (Unidad de Análisis)

La unidad de análisis serán las mujeres que accedieron a la interrupción de su embarazo en el dispositivo de interrupción legal del embarazo de un Centro de Salud del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 2017 y 2020.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

Conocer las experiencias subjetivas de las mujeres que realizaron una ILE en el dispositivo del Centro de Salud, desde su inicio en 2017 hasta el año 2020 inclusive.

Objetivos específicos

Indagar cuáles fueron los facilitadores y las barreras institucionales con los que se encontraron en la realización de la ILE y cómo éstos incidieron en sus experiencias subjetivas de aborto.

Identificar los significados, conocimientos y sentimientos de las mujeres en torno a la maternidad, al embarazo que se buscaba interrumpir y en torno a la práctica del aborto y de ILE.

Describir la red social significativa y su función en la experiencia subjetiva de ILE de las mujeres.

ANTICIPACIONES HIPOTÉTICAS

- Las experiencias subjetivas de las mujeres que realizan una ILE están determinadas por factores institucionales y por condicionantes subjetivos y sociales.
- Ante un embarazo imprevisto la decisión de abortar es la única forma de encontrar alivio y/o la posibilidad de disminuir o hacer cesar el malestar psíquico. Sin embargo, el desconocimiento de la normativa sobre los permisos legales y sobre la existencia de equipos de salud que brindan servicios de ILE puede incrementar los niveles de angustia y desesperación.
- Las barreras institucionales que encuentran las mujeres para acceder a una ILE están vinculadas a una política pública difusa y ambigua en materia de derechos no reproductivos acorde a la pervivencia de un modelo de atención tradicional en salud, biologicista y patriarcal.
- La red social significativa juega un rol fundamental como facilitador en el acceso a la ILE, en particular el acompañamiento de otras mujeres y/u organizaciones feministas. Mientras que los varones suelen desempeñar un rol secundario y en una gran proporción se desentienden de la situación.
- El proceso de atención de un dispositivo de ILE se basa en un modelo de atención integral que fortalece la autonomía y contribuye a la reafirmación subjetiva de las mujeres que pasan por dicho proceso.

REFERENTE TEÓRICO

Existen múltiples formatos teóricos y conceptuales para comprender y conceptualizar la subjetividad. En este trabajo, se suscribe a la consideración de la subjetividad en tanto

construcción histórico social, superando la tradicional dicotomía individuo/sociedad que permeó durante largo tiempo a la psicología. De acuerdo a Torres Carrillo (2006, p. 91):

La categoría de subjetividad nos remite a un conjunto de instancias y procesos de producción de sentido, a través de las cuales los individuos y los colectivos sociales construyen y actúan sobre la realidad, a la vez que son constituidos como tales. Involucra un conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, cognitivas, emocionales, volitivas y eróticas, desde los cuales los sujetos elaboran su experiencia existencial y sus sentidos de vida.

En la subjetividad confluyen, entre otros, representaciones sociales, creencias, ideologías, saberes, sentimientos (Torres Carrillo, 2006).

El género es entendido como un ordenador social que moldea las subjetividades a través de normas, valores, símbolos y prácticas que prescriben expectativas diferenciales sustentadas en la diferencia sexual. Así, los sistemas sexo-género operan en función de la producción de sujetos adaptados a las particularidades de cada organización social (Pombo, 2012).

La subjetividad femenina se ha estructurado desde la modernidad en torno al ideal maternal. La sociedad organiza el universo de significaciones en relación a la maternidad sobre la premisa de que la maternidad es la función de la mujer y a través de ella encontraría su realización como adulta. El aborto, como el erotismo, está “fuera de lo posible de ser pensado. Y así, por negados, se harán presentes como síntomas. Tendrán toda la fuerza de lo reprimido” (Fernández, 2006, p. 181).

En este sentido, se considera que el aborto no es pasible de generar en sí malestar o culpa. Estos sentimientos, de aparecer, son entendidos como “una configuración subjetiva donde juega un rol decisivo el bagaje de significaciones que la sociedad en general y cada mujer en particular compongan acerca de lo legal y/o legítimo de la decisión” (Fernández y Tájer, 2006, p. 33).

Si bien el género es pensado como un ordenador social, se suscribe también a la idea que desarrolla Bonder (1999) acerca de la capacidad que tienen los sujetos de agenciamiento y transformación de los mandatos de género. Para la autora “los sujetos resisten, resignifican y crean nuevas representaciones y prácticas sociales *vis á vis* los diferentes órdenes discursivos y dispositivos institucionales que a su vez los han constituido” (1999, p. 49).

La experiencia subjetiva, o experiencia de los hechos tal como se perciben (Barbera e Inciarte, 2012), constituye un proceso situado en una trama de relaciones intersubjetivas, variable, construido y reconstruido histórica y socialmente, que articula una diversidad de dimensiones cognitivas, normativo-valorativas y emotivas (Grimberg, 2002).

El rol de las redes de apoyo en la experiencia subjetiva de aborto merece ser destacado. La red social significativa, entendida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas, constituye un recurso importante para el sostén de la salud física y mental. Incluye la familia, las amistades, las relaciones laborales, las relaciones comunitarias y de servicio. Entre las funciones que puede cumplir se encuentran: el apoyo emocional, la guía cognitiva, la ayuda material y de servicios (Sluzki, 1996).

Los factores institucionales, es decir, aquellos vinculados a las características del sistema de salud y a la política pública sobre el tema (Ramos, Straw, Viniegra, Almada, Schneider y Pesce, 2018), también han de ser considerados, en tanto pueden proceder como barreras o como facilitadores para la atención sanitaria en aborto y por tanto impactar en la experiencia subjetiva de quienes transitan por la interrupción de un embarazo, esté esta encuadrada dentro del marco legal o no.

La ILE es comprendida en esta tesis como un derecho, de acuerdo al marco normativo vigente durante el periodo considerado. La ILE fue reconocida como tal desde la primera edición del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2015, a partir de la reinterpretación de las causales del Código Penal. Al mismo tiempo ese instrumento señalaba a los equipos de salud como los responsables de garantizarlo.

El derecho a la ILE se encontraba enmarcado en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información y en los principios de no discriminación e igualdad.

Si bien el Protocolo reconocía como titulares de este derecho a toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, en este trabajo se hace referencia exclusivamente a las mujeres, debido a que fueron quienes consultaron al dispositivo a lo largo del periodo considerado.

Resulta relevante asimismo mencionar que el mencionado Protocolo esclarecía los supuestos o causales establecidos en el Código Penal para el acceso a la interrupción legal del embarazo.

En cuanto a la causal salud, el Protocolo retomó la definición de la Organización Mundial de la Salud (2014) que suscribía al concepto de salud como el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”, y establecía que no era necesaria la constatación de una enfermedad, sino que bastaba con la potencialidad de afectación a la salud, incluyéndose al dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.

Para el acceso a la ILE por causal salud, además de la certificación profesional del riesgo a la salud en la historia clínica, el Protocolo establecía que debía solicitarse a la mujer la firma del consentimiento informado, documento a través del cual ella manifestaba haber recibido información y decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo en curso.

Sobre la causal violación, el instrumento reforzaba el derecho de toda mujer víctima de violación a la interrupción legal del embarazo producto de dicha violencia sexual. El consentimiento informado y la declaración jurada constituían los únicos requisitos para realizar una ILE producto de una violación. A tales efectos, en la última edición del Protocolo (2019) se explicitaba el entendimiento de violación: todas las relaciones sexuales con penetración en las que mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio o sucedan en el marco de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder; todas las relaciones sexuales con penetración en las que la persona, por cualquier causa, no haya expresado libremente su consentimiento (por ejemplo, por estar dormida, inconsciente o bajo el efecto de alcohol o drogas, o por encontrarse en situaciones como las descritas en el punto anterior) y toda relación sexual con una niña menor de 13 años.

La atención en ILE se encuadraba en los principios rectores de autonomía, accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad y transparencia activa, surgidos de la normativa internacional de derechos humanos con rango Constitucional para nuestro país (art. 75, inc. 22), de la propia Constitución y la legislación argentina¹⁰.

De acuerdo a lo planteado en las diferentes ediciones del Protocolo, la atención para la interrupción legal del embarazo instaba a los equipos de salud a:

- Brindar un trato humanizado en la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física.
- Garantizar la atención clínica adecuada de acuerdo a los criterios éticos, legales y médicos en vigencia.
- Intercambiar información amplia y completa con la persona usuaria para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado.
- Ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento.

¹⁰ Entre las más importantes se encuentran la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529/2009, el Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina (Ley 17.132/1967) y la Ley de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485/2009.

La IVE, sigla que corresponde a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, se diferencia de la ILE, en tanto prevé que una persona gestante pueda, por su decisión y sin ninguna particularidad, interrumpir su embarazo dentro de determinado plazo.

La Ley N° 27.610/2020 de Acceso A La Interrupción Voluntaria Del Embarazo reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921 por un sistema mixto de plazos y causales. De esta manera, reconoce el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce, inclusive, del proceso gestacional.

Más allá de ese plazo, la persona tiene derecho a interrumpir un embarazo bajo las causales legales previstas en el Código Penal y en los lineamientos del fallo “F.A.L s/medida autosatisfactiva” de la CSJN del año 2012.

El 28 de mayo de 2021, se aprueba el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo mediante Resolución ministerial 1535/2021, para dar cumplimiento a la mencionada Ley.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Este estudio se basó en una metodología cualitativa, siendo el diseño de tipo descriptivo. La metodología cualitativa resulta adecuada para esta tesis en tanto: es indicada para el estudio de las representaciones, creencias, percepciones y opiniones que las personas construyen en relación a cómo viven, sienten y piensan; se adecúa mejor a investigaciones de grupos delimitados; considera la óptica de los actores y reconoce a la subjetividad como parte integrante de la realidad social (Souza Minayo, 2013).

Las técnicas que se utilizaron para la interpretación de datos son la entrevista semi estructurada, la revisión y análisis documental, en particular de historias clínicas y fichas de las consultas y la observación participante.

La entrevista “pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo” (Alonso, 2003, p. 76).

La historia clínica constituye “un documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud” (Ley N° 26.529/2009). En este estudio se hace uso de la historia clínica electrónica que se implementa en el sistema público de salud de CABA desde 2016, y que permite conocer la trayectoria del paciente en sus diferentes efectores. En el caso del dispositivo de ILE, y en

consonancia con el modelo de atención integral, se registraban en la historia clínica electrónica datos bio psico sociales de la mujer, vinculados al proceso de ILE, así como también citas textuales de las expresiones manifestadas durante el proceso de atención.

Las fichas de las consultas se completaban en la primera consulta. Constituían un registro interno del equipo, donde se condensaba información tanto cuanti como cualitativa que luego contribuía a la elaboración de la historia clínica. Se adjunta en anexo 1 un modelo de la misma. La observación participante se llevó a cabo durante la primera consulta de las mujeres al dispositivo, dado el rol que allí desempeña esta investigadora como psicóloga. Dicha técnica permite descubrir elementos que no pueden ser obtenidos por medio del habla o de la escritura, como el ambiente, lenguajes no verbales, secuencia y temporalidad de los hechos que, además de ser datos importantes en sí, auxilian como subsidios para interpretaciones posteriores de las informaciones obtenidas (Vitorelli Diniz Lima Fagundes et al., 2014).

A través de las mencionadas técnicas se dio cumplimiento a los objetivos específicos.

Se realizaron 9 entrevistas, para las cuales se elaboró una guía de pautas de entrevista (anexo 2) y un Consentimiento Informado (anexo 3).

La muestra considerada para las entrevistas fue intencionada, por conveniencia, determinada según características de relevancia para la investigadora (nivel socio educativo, edad, condición migratoria, etc.), en tanto el interés de este tipo de estudio es la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad atendiendo a los lugares que “los participantes ocupan dentro del contexto social, cultural e histórico del que forman parte” (Martínez Salgado, 2012).

La entrevista buscó reconstruir la experiencia subjetiva en la realización de la ILE, considerando los siguientes ejes:

- Noticia del embarazo e impacto subjetivo.
- Red significativa: conformación y función a lo largo de toda la experiencia.
- Proceso de atención de ILE: cómo llegó al dispositivo, expectativas, cómo se sintió atendida, concurrencia a control post y acceso a método anticonceptivo. Concurrencia a guardia.
- Contrastes con abortos previos realizados por fuera del sistema de salud, si hubiera.

- Conocimiento previo acerca del misoprostol.
- Conocimiento de y participación en movimientos por la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Conocimiento sobre el marco legal previo a la consulta. Apropiación de la ILE como derecho post consulta.
- Derechos como mujeres consultantes en el sistema de salud. Obligaciones del sistema de salud.
- Facilitadores y barreras en el acceso a la ILE
- Vivencias durante el procedimiento de ILE.
- Inscripción subjetiva de la ILE post procedimiento.

Por motivos de la pandemia por COVID 19, las entrevistas se llevaron a cabo por teléfono.

En cuanto a las historias clínicas, se revisaron y analizaron 227 y sus correspondientes fichas de consulta. Los datos obtenidos se agruparon en los siguientes ejes:

- Razones que dicen las mujeres sobre porqué deciden abortar y sentimientos asociados
- Sentimientos vinculados al embarazo que están cursando y que buscan interrumpir y forma de denominarlo
- Red social significativa
- Facilitadores institucionales
- Barreras institucionales
- Prácticas abortivas inseguras
- Sentimientos en relación al procedimiento: tiempo previo, durante y post

RESGUARDOS ÉTICOS

El Comité de Ética en Investigación del efector de salud en el que se desempeña esta investigadora evaluó y aprobó el presente proyecto.

ANÁLISIS DEL TRABAJO DE CAMPO

Detrás del ideal. Embarazo y malestar psíquico

En el presente capítulo se proponen describir los significados y sentimientos que cobró el embarazo que se encontraban cursando, para las mujeres que consultaron al dispositivo de ILE y accedieron a la interrupción legal, segura y gratuita del mismo.

Para abordar esta cuestión, se parte de considerar que la subjetividad femenina se estructura desde la modernidad en torno al ideal maternal. Esto es, que la sociedad organiza el universo de significaciones en relación a la maternidad sobre la premisa de que esta es la función de la mujer y es a través de ella que encontraría su realización como adulta.

En tanto construcción socio histórica, la visión dominante sobre la maternidad también se sostiene mediante un mecanismo de endoculturación emocional, es decir, una forma de poder que orienta acerca de los sentimientos que las mujeres tienen que mostrar y vivenciar para dar sentido a esta y otras experiencias (Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz, 2010).

Si bien el movimiento de mujeres en el país, y su lucha histórica por la legalización del aborto, ha logrado enorme visibilidad en los últimos años¹¹ y ha ido instalando un cuestionamiento al ideal maternal, lo cierto es que pervive el mandato acerca de que determinados eventos, tales como el embarazo y la primera ecografía, deben ser transitados con una carga de emociones positivas, que llevan implícitas la felicidad y el amor.

El sistema sanitario ocupa un rol fundamental como normativizador de dichas vivencias (Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz, 2010). No obstante ello, y tal como fuera explicado con anterioridad, el modelo integral de atención propuesto por el dispositivo de ILE supone una ruptura con el modelo hegemónico en salud, reproductor del ideal maternal y normativizador de la experiencia de los eventos ligados a la maternidad. En este sentido, propicia condiciones de audibilidad para que las mujeres puedan expresarse, más allá del imperativo social de la maternidad y de las prescripciones emocionales inherentes al mismo.

Atendiendo a estas particularidades, y como punto de partida para conocer la experiencia subjetiva de las mujeres que accedieron a la ILE, en este apartado se busca examinar cómo fue significado el embarazo que estaban cursando y buscaban interrumpir, qué sentimientos suscitó en ellas y cuál fue el impacto que este evento produjo en su subjetividad.

¹¹ Se recuerda que el presente proyecto se llevó a cabo en un periodo previo a la sanción de la Ley N° 27.610 que regula el Acceso a la IVE.

Significados acerca del embarazo

La “mitificación del embarazo”, como parte del ideal maternal, supone que este evento sea transitado por las mujeres como un momento de realización personal y por tanto sea vivido con alegría y felicidad (Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz, 2010).

En las historias clínicas analizadas, así como en las fichas de registro interno del equipo, las referencias literales acerca del embarazo abundan, y expresan cómo las mujeres estaban atravesando el embarazo en tiempo real.

De las mismas se observa que, lejos de significarse como una etapa feliz y gozosa, el embarazo adquirió diversos significados, todos ellos portadores de una connotación negativa. A título puramente académico, se organizan dichos significados en cinco grandes categorías.

En primer lugar, el embarazo fue experimentado por algunas mujeres como un hecho que les era ajeno, “*parecía una película que le pasaba a otra persona*” (Martina, 29 años), “*no es mío, no lo siento*” (Luciana, 21), “*no lo veo, no lo siento*” (Renata, 26). Su denominación reiterada como “*algo*” que crece y se desarrolla en sus cuerpos refuerza la idea de ajenidad y de embarazo como cuerpo extraño que se impone a su voluntad.

En segunda instancia, el embarazo fue significado como un evento traumático, un trance insoportable: “*es una pesadilla*” (Emilia, 23), “*Seguir sería un trauma, estoy esperando algo que va a ser malo*” (Melisa, 26), “*Un peso tremendo*” (Cecilia, 37), “*Es una carga para mí*” (Celia, 19), “*Es un problema*” (Sofía, 23), “*Es una tortura continuar con algo que no deseo*” (Cristina, 31), “*Es traumático*” (Fernanda, 26), “*Es un estorbo*” (Bernarda, 25). En esta línea, resuena con la noción de trauma la significación del embarazo como “*catástrofe*” (Vanesa, 31), “*accidente*” (Julia, 20 y Rocío de 16), “*bomba que lo truncaría todo*” (Adriana, 35), es decir, como hecho impredecible e inesperado, fuera del propio control, que irrumpe en la vida de las mujeres y a juzgar por la magnitud de los términos utilizados, la trastoca profundamente.

Por otra parte, las referencias al embarazo como “*una condena, un castigo*” (Carolina, 47), “*un martirio*” (Verónica, 20), dejan entrever, quizás como resabio de discursos conservadores, la significación del mismo como castigo o pena frente a la “transgresión” de haber tenido relaciones sexuales sin fines reproductivos, por el mero placer. En palabras de Felitti (2011, p. 115), desde estas premisas, el embarazo “como prueba irrefutable de una actividad sexual previa” es considerado “como un momento de necesario ajuste para una sexualidad femenina que había osado manifestarse”.

Por último, la vivencia real de embarazo aparece en franco contraste con las prerrogativas y mandatos sociales:

“Siempre flashée que el embarazo era hermoso, color de rosa, pero ahora me siento que no soy yo” (Andrea, 31 años)

“No lo quiero, no es una noticia feliz”, manifestó Marcela, de 27, dejando entrever en esta negación que se espera que el embarazo sí lo sea.

Los significados hallados en relación al embarazo que se buscaba interrumpir fueron numerosos; ya sea experimentado como un hecho ajeno, un evento traumático, disruptivo o un castigo, en la mayoría de los casos fue connotado de forma negativa, distante del mandato social impuesto. Su impacto a nivel subjetivo, desde el momento de la noticia hasta los efectos sobrevenidos con el paso de los días, son descritos a continuación.

El impacto de la noticia. Lo no esperado

En casi todas las mujeres que consultaron al dispositivo, la noticia del embarazo fue significada como un momento de alto impacto y puso en evidencia lo inesperado del mismo, guardando coincidencia con los hallazgos de Dosso (2013) y Szulik y Zamberlin (2020).

“Estoy en shock” (Jimena, 17)

“Me agarró un ataque de nervios y de angustia cuando me enteré” (Beatriz, 43)

“La noticia del embarazo me mató” (Micaela, 22)

“Enterarme me desestabilizó emocionalmente” (Emiliana, 22)

“No lo esperaba, fue un choque” (Agostina, 27)

“La noticia me partió al medio” (Carola, 26)

“No lo esperaba” (Noemí, 21)

“No lo podía creer” (Laura, 22)

“Fue traumático cuando me enteré” (Angeles, 26)

El impacto de la noticia ocurrió tanto en mujeres que hicieron uso de algún método anticonceptivo como en las que no.

En aquellas que refirieron un uso de métodos anticonceptivos se observó una sensación de desconcierto y sorpresa frente a la noticia del embarazo, ligada en algunos casos al desconocimiento acerca de que los métodos anticonceptivos pueden fallar. Esto resultó notorio

especialmente cuando se trató de anticoncepción hormonal de emergencia, a la que parecía atribuírsele una aparente cualidad infalible.

“Siempre usé la pastilla del día después y me funcionó. No entiendo qué pasó ahora” (Mariela, 37).

En otros casos, a la sorpresa se sumó la angustia de encontrarse ante la noticia del embarazo a pesar de *“haber hecho todo bien”* (Florencia, 31).

Las mujeres que refirieron situaciones donde no hubo un cuidado anticonceptivo, sin embargo, también manifestaron sorpresa ante la noticia del embarazo. Tal fue el caso de Paula, de 39 años, que realizó tres *evatests* *“porque no terminaba de creerle”*.

Así, el impacto fue compartido por todas, independientemente del cuidado en torno a la anticoncepción.

A la vez se observa que estas reacciones tampoco parecían depender de la edad.

Se conjetura entonces que lo *“inesperado”* del embarazo remite a que el mismo era experimentado como un evento no esperado, es decir, un evento que no estaba previsto por ellas para que sucediera en sus vidas, al menos en el momento en que se produjo.

En este sentido, el carácter disruptivo del embarazo guarda relación con los términos arriba mencionados asociados a eventos impredecibles, en donde las mujeres parecían sentir que no tenían control sobre la posibilidad o no de decidir si quedar embarazadas. Tal como plantean Carril y López (2010, p. 13): *“Estos embarazos imprevistos, hacen a las mujeres un jaque mate a su omnipotencia, a la certeza en sus previsiones y a la fantasía de controlar el cuerpo”*.

Ya sea en situaciones de relaciones sexuales no consentidas, en aquellas en donde de común acuerdo no se utilizó preservativo, o en los casos en que se *“hizo todo bien”* respecto del cuidado anticonceptivo, el embarazo fue vivenciado por mujeres de todas las edades como un evento no esperado, que no fue planeado ni buscado.

En consonancia con esto, más adelante se mencionará cómo para algunas mujeres el hecho de no haber planificado o buscado el embarazo, constituyó una razón para decidir interrumpirlo, dejando entrever que la idea de maternidad aparecía asociada, en determinados sectores, a la posibilidad de elegir.

Embarazo y sus efectos en la subjetividad

La noticia del embarazo, tras el impacto, generó en muchos casos desesperación y nerviosismo por querer “resolverlo” y no saber dónde acudir.

Con el paso de los días las mujeres refirieron que se fueron instalando en ellas sentimientos de tristeza y angustia. Asimismo, algunas manifestaron ira y enojo ante la situación.

Hay quienes expresaron sentirse ansiosas y presentaron alteraciones en el sueño, -sobre todo insomnio-, y en el apetito.

En determinados casos, se registró la reedición de sintomatología ligada a cuadros preexistentes de angustia y ansiedad.

La sensación de pérdida de integridad personal también apareció de forma recurrente:

“Es una pesadilla, no me siento yo, no soy la misma persona, desde que me enteré estoy deprimida, tirada en la cama, sin querer hacer nada, sin comer” (Irene, 23)

“No me hallo” (Guadalupe, 30)

“Me siento que no soy yo” (Delfina, 31)

Algunos enunciados, que aluden figuradamente a la propia muerte, constituyen quizás una expresión de autocastigo por haber quedado embarazadas:

“Mi primera reacción fue morirme” (Pilar, 28)

“Tengo ganas de pegarme un tiro” (Nora, 47)

“Antes de continuar con este embarazo me muero” (Ana, 39)

“Me quiero matar” (Daniela, 35)

Asimismo, muchas manifestaron atravesar el embarazo como una situación traumática:

“Me está arruinando la cabeza” (Pilar, 28)

“Me desestabilizó emocionalmente” (Emilia, 22)

“Desde que me enteré no puedo pensar” (Yanina, 23)

“Esto me está haciendo mierda” (Victoria, 19)

Hay quienes evidenciaron lo traumático de estar llevando en su cuerpo “algo”, conceptualizado como cuerpo extraño y sentido como ajeno, que les generaba “asco” (Julieta, 25 y Agustina, 16) o rechazo:

“No es mío, no lo siento” (Lucía, 21)

"No quiero saber nada" (Norma, 41)

"Me niego" (Lidia, 37)

"Yo protegería hasta una hormiga, y no siento la misma empatía con lo que está creciendo dentro mío" (Soledad, 23)

Por último, y en consonancia con lo planteado en el apartado anterior, el embarazo fue significado como un hecho que trastoca negativamente sus vidas:

"Me va a cagar la vida" (Cata, 2017)

"Lo truncaría todo" (Daniela, 35)

"Me modificaría toda la vida" (Cecilia, 29)

"Con la noticia del embarazo, se tiró todo para atrás" (Soledad, 23)

"Siento que mi vida está bloqueada, me siento en el abismo" (Fernanda, 32)

El impacto que el embarazo conllevó en la subjetividad de las mujeres que buscaron interrumpirlo se expresó de múltiples maneras:

alteraciones en el ánimo,

sensación de pérdida de integridad personal,

necesidad de autocastigo,

y sentimientos de frustración en torno al futuro.

Estas manifestaciones ilustran el malestar psíquico que el embarazo generó en las mujeres que consultaron al dispositivo de ILE.

En consonancia con un modelo de atención integral, y de acuerdo a los lineamientos del Protocolo, se prefiere el concepto de malestar psíquico por ser esta una categoría alternativa a los criterios médicos hegemónicos de salud y enfermedad, que ubica a las mujeres como sujetos sociales activos y que considera los determinantes sociales de género como condiciones de producción de su malestar (Burin, 2010).

En este sentido, los malestares expresados precisan ser comprendidos a la luz del ideal maternal y constituyen, quizás, un modo de resistencia (Burin, 2010) frente al orden de género que hace de la maternidad un imperativo para todas las mujeres.

Conclusiones

El modelo de atención propuesto desde el dispositivo produjo condiciones de audibilidad para que las experiencias de embarazo pudieran ser dichas y las mujeres pudieran expresar su voz como protagonistas del proceso que se encontraban transitando.

De lo relevado, se puede afirmar que los significados y sentimientos en torno al embarazo distaron del mandato social y de las prescripciones emocionales inherentes al ideal maternal.

Lejos de ser connotado como un momento pleno y gozoso, el embarazo fue significado como un evento inesperado, un trauma, un castigo, un hecho vivenciado como ajeno, en todos los casos, generador de malestar psíquico.

Entre los efectos del embarazo en la subjetividad de las mujeres, se hallaron:

alteraciones en el ánimo,

sensación de pérdida de integridad personal,

necesidad de autocastigo,

y sentimientos de frustración en torno al futuro.

Estos embarazos, valorados como embarazos no deseados, ya sea porque ocurrieron en un momento o circunstancias poco favorables, inoportunas, o porque se dieron en una persona que (ya) no quiere reproducirse (Langer, 2002), constituyeron para las mujeres un potencial riesgo a su identidad, su integridad y su futuro.

Al decir de Rosenberg (2010, p. 6), cuando el embarazo es significado en estos términos es vivenciado como la “irrupción de un cuerpo extraño inasimilable, presencia de un deseo irreductiblemente ajeno y hostil”.

La dimensión subjetiva en la experiencia de ILE

Así como el embarazo adquirió significaciones singulares, otras que la impuesta desde el ideal maternal, el aborto también necesita ser pensado desde la experiencia subjetiva de sus protagonistas.

Desde una mirada que se restringe a la práctica en sí, este es usualmente considerado o bien como generador de un daño irreversible en la vida de las mujeres, o bien como un acto racional y banal, en ambos casos, perdiendo de vista la dimensión subjetiva que la experiencia de aborto implica (Carril y López, 2010).

A diferencia de la bibliografía existente en el país que aborda la experiencia subjetiva de aborto mayormente en contextos de ilegalidad, aquí se propone ahondar en cómo fue vivenciada desde el punto de vista de las protagonistas la práctica de la ILE y las vicisitudes que a nivel subjetivo implicó su implementación como política pública.

En este sentido, el siguiente capítulo se propone conocer no sólo los significados que adquirió el aborto para cada mujer, sino también sus conocimientos en relación al marco legal y su decodificación del mismo en clave de derecho, sus conocimientos y sentimientos desplegados en relación al procedimiento de ILE antes, durante y después de realizarlo, así como las razones que la llevaron a tomar esta decisión en función de su propia biografía y momento vital particular.

El aborto, un cese urgente al padecimiento

Salvo contadas excepciones, las mujeres que consultaron al dispositivo lo hicieron con la decisión tomada de interrumpir el embarazo, decisión a la que generalmente arribó la mayoría con certeza y claridad en un tiempo inmediato a anoticiarse del mismo.

“Desde que me enteré lo primero que pensé fue en resolverlo”, manifestó Julia de 28 años.

“Este embarazo es una carga para mí, no concibo otra posibilidad que interrumpirlo” (Malena, 19).

Esa claridad desencadenó en las mujeres una serie de conductas que proactivamente llevaron adelante para dar con una solución. Entre ellas cabe mencionar: buscar información, indagar recursos en internet, activar redes de contacto, consultar a organizaciones sociales, etc., acciones que concretaron en el rol de agentes de su propia salud, contrariamente a la pasividad que el modelo biomédico les supone.

En numerosos casos, detrás de estas acciones, lo que primaba era “resolver” con premura, aún si eso suponía exponerse a prácticas riesgosas, como recurrir a abortos clandestinos.

“Estaba dispuesta a hacer cualquier cosa para terminar con este embarazo”, expresó Agustina, de 43 años. Del mismo modo lo hicieron muchas otras mujeres, algunas de las cuales intentaron efectivamente realizar un aborto clandestino sin éxito antes de concurrir al dispositivo de ILE, en general a través de la compra de medicación, -presuntamente misoprostol-, aplicada mediante una posología incorrecta.

El apremio por interrumpir el embarazo se observó también ya habiéndose iniciado la consulta al dispositivo de ILE. Aún cuando la mayoría de las mujeres accedió con embarazos recientes y el tiempo de resolución ofrecido no superaba los siete días, -desde la primera entrevista con psicólogas hasta la consulta médica para acceder a la medicación abortiva-, la urgencia subjetiva se imponía:

“Quiero resolver esto cuando antes”, (Maru, 37)

“Quiero que termine rápido” (Gisela, 28)

“Si por mi fuera me lo saco ya” (Celeste, 30)

“Mi idea es que transcurra la menor cantidad de tiempo posible porque es algo que me afecta bastante” (Rocío, 31)

“Ansiedad de hacerlo ya, la ansiedad me carcome” (Violeta, 38)

“Se me hizo re largo entre que tuve la primera consulta y fui a ver a la médica. No fue mucho tiempo desde lo real, pero se me hizo re largo” (Josefina, 33)

En este sentido, el apremio no estaba vinculado al avance de las semanas de gestación, -al tiempo *running out*-, que limita la autonomía con la que las mujeres toman la decisión, sino más bien a la necesidad de resolver, de terminar aquel proceso que se inició en sus cuerpos (Szwarc y Fernández Vázquez, 2018), significado como “problema”.

“tenía mucha ansiedad, y si bien estaba de 8 semanas y sabía que me lo podía sacar, es como que no sé, sentía que hasta que no me lo sacaba no se terminaba el problema” (Sofía, 23).

El término de urgencia subjetiva permite echar luz sobre estas ideas. Para el modelo biomédico, la urgencia remite a la aparición fortuita y repentina de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención.

Para el campo de la salud mental, la urgencia estaría dada para quien la padece por la presencia de un sufrimiento insoportable, ligado a un evento desestabilizador que repercute sorpresivamente en su subjetividad produciendo una ruptura aguda en su realidad, guarde éste o no correspondencia con las características de lo dramático, trágico, triste o violento. La urgencia subjetiva resulta entonces de la creación de un constructo tal que une la temporalidad en juego junto con la singularidad de quien padece, señalando la pertinencia de una pronta intervención en dichos casos (Cabaña y Fuentes, 2019).

En función de estas premisas se conjetura que para las mujeres que consultaron al dispositivo de ILE, el embarazo fue sentido como un evento desestabilizador, que conmovió su subjetividad produciendo intenso sufrimiento y que, bajo la lógica de la prisa, reclamó con urgencia y premura al aborto como intervención que pueda poner fin a este malestar.

El aborto como ILE

El aborto apareció como la forma de poner fin al malestar psíquico producido en estas mujeres a raíz del embarazo que estaban cursando. Sin embargo, una gran proporción de las mujeres que llegó al dispositivo de ILE, desconocía el marco legal y la implementación del modelo de causales para el acceso a una interrupción legal, segura y, en el caso de CABA, gratuita. En efecto, la falta de información fue un obstáculo con el que refirieron haberse encontrado en su experiencia de ILE, evidenciando las falencias de la política pública sobre el tema.

Estas falencias se tradujeron en el desconocimiento acerca de la existencia de equipos que garanticen el acceso a la práctica, de los derechos que asistían a las mujeres en la materia y de las obligaciones y responsabilidades del sistema de salud.

Asimismo, los resabios de la criminalización y judicialización de los casos de aborto, ocurridas durante todo el siglo XX, sumado a una política pública inconsistente sobre ILE, llevó a que entre las mujeres consultantes la conceptualización del aborto como un derecho fuera prácticamente nula, perviviendo la sensación de estar haciendo algo “ilegal”, “a escondidas”, inclusive al interior mismo del sistema de salud, y el temor a ser denunciadas o maltratadas.

“Así lo sentí yo, que estaba habiendo algo a escondidas, pero estaba yendo a un hospital público. Era como medio loco. Como que se chocaban los conceptos. Tenía miedo de tener un problema legal” Florencia (31).

Incluso en aquellas mujeres con acceso a recursos simbólicos sobre el tema, y con conocimiento y participación en las luchas recientes por la IVE, la falta de información acerca del marco legal y del derecho a la ILE, fue una constante.

Paula (39) refirió que participó de las movilizaciones y actos públicos convocados por la “Marea Verde”, *“pero no tenía la información. Sabía de la existencia del ILE, pero pensé que era solo en casos de violación. No sabía que yo podía usarlo, digamos”*.

Del mismo modo le sucedió a Juana (24), quien, a pesar de seguir las luchas por el derecho al aborto legal, *“asumía que solamente se podía hacer un aborto inducido en caso de violación, imaginaba, o si estaba en riesgo la vida de la mamá, pero nada más”*.

Lucila (34) refirió: *“No pensaba ni que estaba esto de manera legal, y eso que fui a las marchas y todo”*.

En este sentido, la consulta al dispositivo de ILE no fue generalmente motivada por las mujeres a partir del entendimiento de que este era un derecho que las asistía, sino, en el mejor de los casos, de una instancia donde se esperaba obtener algún tipo de respuesta o *“ayuda”*.

“Vine porque me dijeron que me iban a ayudar, que me iban a dar las pastillas” es una frase repetida con frecuencia.

La falta de circulación y difusión acerca del derecho a la ILE puede ser vinculada a una política pública inconsistente sobre el tema.

Frente a dicha vacancia, los medios de comunicación fueron referidos por muchas mujeres como espacios significativos de circulación de información.

Independientemente de la línea editorial, y de la pluralidad de voces que se escucharon tras la entrada en la agenda mediática de la temática en 2018 (Borda y Spataro, 2018), la idea que predominaba entre las entrevistadas a partir de las *“noticias”*, era que las demandas de aborto no encontraban respuesta favorable.

Se conjetura si la tendencia de los medios a poner el foco en aquellas situaciones donde el derecho era vulnerado, aún cuando perseguían un objetivo de denuncia, no contribuía a reproducir la ilegalidad de la práctica.

“Y sinceramente, yo pensé que nos iban a dar veinte mil vueltas, que no nos lo iban a aprobar, porque yo tengo entendido que, aún así no ha sucedido por lo que se ve en los medios de comunicación, que solamente lo aprueba en casos de violación o de abuso, y no era mi caso claramente. Entonces fuimos medio yendo por ir, como para cumplir los pasos a seguir y

descartar esa posibilidad, pero pensando que no íbamos a tener una respuesta favorable” (Florencia, 31).

“esas mujeres que pasan situaciones muy complicadas, que violan, por ejemplo, jovencitas que fue violada pro su propia familia y queda embarazada, hay muchísimos casos, yo he escuchado muchísimos casos. Y a veces para interrumpir como que va al hospital, tiene que hacer mucho, es complicado. Pobre. Veo muchos casos de jovencitas de 12, 13 años, que fue violada, que queda embarazada, y a veces va al hospital y no le quieren interrumpir, y a parte que el bebé ya está bien, ya creció. Yo vi casos, no me acuerdo en qué provincia, alrededor de Buenos Aires, de una nena, creo que 12 años, y tuvieron que hacer un montón de... yo vi en las noticias. Y la verdad que estaría bueno por ejemplo que el aborto legal sería buenísimo para esas personas que están en esa situación” (Graciela, 37).

Surge la pregunta, además, a raíz de estos testimonios, si la mediatización del aborto no estaba restringiéndose a situaciones de violación, dejando de visibilizar otras, también pasibles de ser encuadradas en una ILE.

La falta de difusión de la ILE ligada a falencias en la implementación de la política pública en CABA, sumada a la exposición mediática de los casos donde se denegaba la práctica, llevó a que preexistiera la idea entre las mujeres que consultaban al dispositivo, acerca de la ilegalidad absoluta del aborto de hecho, es decir, independientemente de la letra de la norma.

Así, Graciela expresaba que *“estaría bueno que el aborto sea legal”* en casos de violación, idea que asentaba no solamente en el desconocimiento acerca del artículo 86 del Código Penal, sino, sobre todo, en lo percibido en su entorno y en los medios, esto es: la denegación sistemática de la práctica.

Dadas estas circunstancias, la consulta en el dispositivo de ILE, donde se explicitaba el marco legal vigente, se clarificaban las causales, y a través de una escucha activa y atenta se certificaba la causal, conllevó alivio y contribuyó a “desclandestinizar” la práctica.

“La clandestinidad te da miedo. Te sentís sola, y excluida, que nadie te entiende, me sentí tan sola. Encontrarlas a ustedes me dio alivio, saber que hay un marco de legalidad, que hay un equipo... son una luz al final del túnel” (Romina, 38).

“Hay una realidad que lo legal te permite estar menos preocupada en esta situación. En esto de no tener que estar inventándote la historia para la farmacia, de no tener que andar llorando, de no tener que.... Como un montón de situaciones que aminoran la situación” (Marina, 28).

A pesar de ello, en algunos casos, el acceso a la ILE no fue significado ni pudo ser apropiado en términos de ejercicio de un derecho, sino que fue interpretado como una “*ambigüedad legal*” o excepción. En consonancia con Szulik y Zamberlin (2020), algunas entrevistadas, aún luego de haber accedido a una ILE, no terminaron de comprender acabadamente el marco legal.

Razones para abortar y sus implicancias subjetivas

Las razones esgrimidas por las mujeres para interrumpir el embarazo precisan de ser consideradas a la luz de algunas tensiones que estaban presentes en el dispositivo de ILE.

Por un lado, el equipo explicitaba en la primera consulta el marco legal vigente y la necesidad de certificar la causal según los permisos otorgados por el Código Penal.

Por otro, se trabajaba fuertemente desde la primera entrevista acerca del derecho de las mujeres a decidir sobre el propio cuerpo y sobre la idea de maternidad elegida. Esto último, también era palpable a través de determinados signos presentes al momento de las consultas. Entre ellos, es dable mencionar a los pañuelos verdes, símbolo de la lucha por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito que, si bien es histórica, cobró notoriedad en los últimos años.

Teniendo en cuenta estas premisas, las razones que expresaron las mujeres acerca de por qué querían interrumpir este embarazo, se organizaron en tres grandes categorías no excluyentes, únicamente con fines académicos.

- “La maternidad será deseada o no será”¹²

Por una parte, los argumentos por los cuales las mujeres decidieron interrumpir el embarazo remitieron a la idea de que éste no fue deseado, buscado o planificado.

"Nunca quise quedar embarazada, no está en mis planes" (Natalia, 35)

"Los anteriores embarazos los deseaba" (Cinthia, 22)

"No lo quiero tener" (Gabriela, 22)

"No fue planeado, no quiero otro hijo, al mío lo elegí" (Lucía, 20)

"Nunca me vi como madre" (Susana, 26)

"Yo no quiero ser madre, sería algo detestable" (Fabiana, 23)

"No es un hijo deseado, No fue planificado" (Cecilia, 29)

"Nunca quise ser madre, nunca fue mi deseo" (Ana, 25 años)

¹² Consigna de la Marea Verde en su lucha por la legalización de la IVE.

El acento estaba puesto en que estos embarazos no fueron elegidos, planificados ni deseados, guardando relación con lo planteado en el primer apartado.

En las últimas viñetas, la mención a la maternidad y a los hijos pone de manifiesto que la única alternativa posible figurada por las mujeres ante la prosecución del embarazo, era la maternidad. Esto parece señalar, por un lado, quizás haciéndose eco de argumentos naturalistas, que llevar a término un embarazo es devenir “madre” y por añadidura, convertir al “cachorro humano” en hijo. Por otro, indica que las mujeres que buscaban interrumpir un embarazo no estaban considerando entre sus opciones darlo en adopción, argumento con el que los grupos mal llamados pro vida insisten para disuadir del derecho al aborto.

Más allá de estas ideas, lo cierto es que las expresiones relevadas proponen una ruptura con el ideal maternal. En este punto, fueron numerosas las mujeres que expresaron no querer ser madres y que la maternidad debiera ser una elección.

La concepción de maternidad elegida, que se instaló socialmente al calor de la lucha por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito de los últimos años, y que se materializó en la consulta al dispositivo de ILE, generó en algunas mujeres un contraste respecto de experiencias previas donde la idea de decidir no aparecía como opción:

"A los 21 años tuve a mi hijo sin pensar, pero ahora que soy madre, sé de qué se trata", dice María, de 26 años.

"No quería tener hijos y tuve dos", refiere Carla (27), quien ahora decide interrumpir su gesta. Eliana, de 34 años, manifiesta que quiere interrumpir el embarazo porque no lo “buscó”, al tiempo que agrega que “tampoco busqué a mi hijo de 2 años”.

Patricia, de 22 años, plantea un contraste entre su embarazo actual, que busca interrumpir, y su primer embarazo, producto del cual hoy materna a un niño de 4 años: *“en ese momento mis papás me dijeron que lo tenga. Ahora decido yo”.*

- La interrupción del embarazo o la interrupción de proyectos de desarrollo personal

Guardando relación lógica con las razones recientemente esgrimidas, el segundo grupo de argumentos por los que las mujeres decidieron abortar, refiere a que la continuación de la gesta y la consecuente maternidad vendría a interrumpir sus proyectos de desarrollo personal.

Lucía, de 21 años, condensó ambos argumentos: *“no puedo detener todo lo que estoy viviendo por algo que no elegí”.*

"Continuar con este embarazo sería dejar todo por lo que vengo trabajando" (Lis, 23 años).

“No pude elegir. Este embarazo sería un giro rotundo en mi vida” (Claudia, 26).

Al momento de indagar las razones por las que decidieron interrumpir el embarazo, muchas mujeres expresaron en términos propositivos sus anhelos y proyectos, vinculados al desarrollo personal, laboral y profesional de cada una de ellas en tanto personas integrales y sujetos de derecho, dejando entrever que de continuar el mismo estos se verían afectados o imposibilitados.

“No quiero tenerlo, fue un accidente, no es algo deseado ni planificado, sería traumático seguir adelante, tengo otros proyectos en mi vida que ahora priorizo: estudio, milito” (Fernanda, 26).

“Finalmente logré libertad, logré trabajar free lance, logré mi crecimiento profesional y esto es una bomba que lo truncaría todo” (Mariana, 35).

“Quiero seguir estudiando, hacer cursos, tengo un emprendimiento, quiero conocer otros países ” (Inés, 26).

“Quiero seguir estudiando. Recién retomé este año, con mi hijo ya tuve que dejar de estudiar” (Valentina, 20).

“Quiero retomar mi trabajo, tuve un ascenso para un puesto importante, no lo podría tomar si sigo adelante con el embarazo” (Miriam, 40).

“No es algo que quiera, quiero seguir estudiando” (Nati, 34).

“Tengo otros proyectos, quiero seguir creciendo en el trabajo, que conseguí hace poco y me costó mucho esfuerzo, quiero seguir con la facu” (Ana, 23).

En este punto es dable señalar que la realización personal que persiguen estas mujeres a través del estudio, del trabajo, de la militancia, de viajar, supone que por su pertenencia de clase y/o por su nivel educativo, tuvieron la posibilidad de acceder a prácticas gratificantes, otras que la impuesta socialmente: la maternidad.

Tal como plantean Carril y López (2010), se conjetura que este grupo de mujeres, en contraste con subjetividades más atadas a patrones tradicionales de género, tuvieron mayores oportunidades de planificar y elegir sus proyectos de vida, y de vivir experiencias diversas que muchas veces son sentidas como opuestas a la maternidad.

En consonancia con las autoras, tanto en estos casos como en aquellos que se corresponden con el primer grupo de argumentos, el aborto puede ser interpretado como un **acto de libertad** de las mujeres a decidir por sus propias vidas (Carril y López, 2010).

- Condiciones inadecuadas para el embarazo y la maternidad

La tercera categoría de argumentos que sostenían la decisión de abortar, remite a la premisa acerca de que el embarazo en curso y la maternidad que derivaría de continuarse con el mismo, se darían en condiciones que las mujeres juzgaban como inadecuadas.

En este punto, entraban en juego circunstancias personales, de pareja, sociales y económicas.

El no contar con un “*padre*” para ese “*hijo*” fue mencionado por algunas mujeres como un factor de peso. Si bien fueron una minoría quienes expresaron este argumento, lo cierto es que a través del mismo se pone de manifiesto la pervivencia de un modelo familiar tradicional como el considerado apropiado para una crianza.

De forma reiterada, entre mujeres de distintas edades, apareció la sensación de no sentirse “*preparadas*” o “*listas*” para la maternidad. Se conjetura si esta premisa no estaría planteando como contraparte una imagen de maternidad asociada a detentar determinadas habilidades o conocimientos, alcanzando un status diferencial, en línea con el ideal maternal que, por otra parte, permanece incuestionado (Flores Pérez y Amuchástegui Herrera, 2012).

Asimismo, un gran número de mujeres expresaron la imposibilidad de continuar con el embarazo debido a la afectación que supondría a las tareas de cuidado que tienen a su cargo, en ocasiones de forma exclusiva.

“No puedo seguir con el embarazo, tengo dos hijos que cuidar” (Gisela, 21).

“Tengo dos hijas chicas y se me complicaría para criarlas” (Andrea, 35).

“Me hago cargo sola de mi hija más chica” (Agustina, 28).

“Este embarazado complicaría más que mi vida, la de mi hija, en la calidad de tiempo que le podría dar, que sería la nada misma. Además no tendría con quien dejarlo, mi hija tendría que hacer de madre y no vivir lo que tiene vivir que es ser una nena” (Laura, 37).

“No puedo por mi situación actual. Tengo tres hijos, el más chico de 8 meses, quiero cuidar a mis hijos de la mejor manera, si sigo con el embarazo no podría hacerlo” (Rosa, 28).

“Pienso en lo que podría pasarle a mi hijo si siguiera adelante, no me va a alcanzar para dos, ni económicamente ni para cuidarlos” (Miranda, 19).

“Estoy cuidando a mi mamá que tiene una enfermedad terminal” (Micaela, 22).

La imposibilidad de continuar trabajando y remesar dinero, de proseguir con la gesta, fue un argumento enunciado con frecuencia por muchas de las mujeres migrantes que consultaron al dispositivo, y que puede interpretarse en esta línea. En efecto, son varios los estudios que sostienen que, si bien son las mujeres quienes encabezan el proceso de migración, la decisión

de migrar no es tomada en forma autónoma por ellas, sino que es la unidad doméstica quien decide que sea la mujer que migre con el objetivo de remesar dinero para su sostén. Tal como plantean Ramírez, García Domínguez y Míguez Morais (2005) mujeres y hombres migrantes hacen usos diferenciados del dinero obtenido: en el caso de las mujeres, éste está fuertemente condicionado por la presión de sostener económica y afectivamente al grupo familiar.

En los casos anteriormente descritos queda reflejado, por un lado, cómo persiste una desigual distribución de la carga doméstica y del cuidado en la organización familiar, siendo estas mujeres quienes se hacen cargo casi en forma exclusiva de estas tareas. Al tiempo que también es posible observar, al ser estos los argumentos referidos para interrumpir el embarazo en curso, que no hay un cuestionamiento acerca de este rol. Al decir de Jelin (2010, p. 42), aquí se observa cómo las mujeres “continúan ubicadas, y así se reconocen a sí mismas, en ese rol de ‘soporte’ familiar, o sea, ancladas en su rol de hijas, esposas y madres”.

Son muchas las mujeres que radicaron también su decisión de interrumpir el embarazo debido a que no contaban con medios económicos y condiciones de vivienda adecuadas para llevar adelante una potencial crianza, o porque estimaban que se verían afectados los recursos de su grupo familiar.

En cualquiera caso, este tercer grupo de argumentos o razones por las cuales las mujeres decidieron interrumpir el embarazo remite a que la maternidad que se derivaría de continuar adelante con la gesta no se podría llevar a cabo en condiciones “adecuadas” de acuerdo a valores tradicionales acerca de la organización familiar, la división sexual del trabajo doméstico y el cuidado, o afectaría en los mismos términos a las maternidades y prácticas de cuidado vigentes. En coincidencia con lo planteado por Amuchástegui, Flores y Aldaz (2015, p. 180), aquí “la finalidad del aborto es con frecuencia cumplir con el maternaje de los hijos que ya se tienen o incluso de los que se desea tener en el futuro”. Podría agregarse también, cumplir con las tareas de cuidado hacia otros familiares.

Si bien no fueron muchas las situaciones, es en entre este grupo de argumentos donde se relevaron sentimientos disonantes a la decisión de abortar:

“Estoy segura de la decisión de interrumpir, pero me duele, soy creyente siento que estoy matando una vida, pero no estoy bien emocionalmente, no puedo tener un hijo así, me llevo mal con mi pareja” (Luciana, 19).

Rosa, de 28, de quien ya se consignaron sus razones para interrumpir el embarazo (vinculadas a que el mismo vendría a afectar el cuidado brindado a sus tres hijos) también agregó: *“yo sé que está mal, es una vida, no quería volver a hacer un aborto”*.

Graciela, 37 años, *“a mi no me gusta la idea de hacer eso, pero ¿qué voy a hacer?” “Si yo tuviera la posibilidad, lo dejo. Pero él tampoco no está preparado, ¿qué voy a hacer con otra criatura más? Yo la verdad que ya sufrí bastante, yo tengo dos varón. El mayor 16 y el más chico de 6 años. Sufrí bastante con él porque nació con problemas, ese es el tema, tengo miedo que al traer otra criatura. No, no. Qué voy a hacer. Yo tengo que trabajar” “A mi me duele mucho, la criatura no pide venir al mundo” “A mi nunca me gustó hacer esas cosas. No sé si me entendés. En el momento estás interrumpiendo una....”*

De acuerdo a lo hallado por Flores Pérez y Amuchástegui Herrera (2012), se podría conjeturar que el malestar expresado en estos casos obedece a que dichas mujeres hubieran seguido adelante con el embarazo de contar con las condiciones materiales y/o afectivas que suponían adecuadas para ello: *“si yo tuviera la posibilidad, lo dejo”*.

Sin embargo, las insistentes referencias al aborto como crimen y al embarazo como *“vida”*, parecen indicar que, en todo caso, el malestar sobrevenido ante la decisión de abortar estaría también asociado al impacto de discursos conservadores – religiosos que cobraron visibilidad durante el debate parlamentario de 2018 expresando una postura condenatoria hacia el aborto y las mujeres que llevan a cabo esa decisión, pero que tienen presencia e incidencia histórica en la política sexual del país y de la región (Vaggione, 2014).

Entre ellos, la Iglesia Católica¹³, erigida en *“guardiana de la vida”*, junto con la Iglesia Evangélica, instalaron la concepción de aborto como asesinato, calando hondo en diversos sectores sociales, sin lograr detener por ello la práctica, mas contribuyendo a la culpabilización y estigmatización de las mujeres que deciden interrumpir sus gestas.

Tal como plantea Johnson (2018, p. 54) en su investigación sobre experiencia del aborto en mujeres católicas:

la condena religiosa al aborto ha mostrado la ineficacia de sus estrategias a la hora de detener a las mujeres que han decidido abortar. Sin embargo, se advierten sus efectos en la culpabilización y estigmatización de las mismas a nivel social.

¹³ La jerarquía de la Iglesia Católica y la Conferencia Episcopal Argentina, se pronunciaron en relación al aborto en los siguientes términos: *“el aborto procurado es la eliminación deliberada y directa (...) de un ser humano (...). La gravedad moral del aborto procurado se manifiesta en toda su verdad si se reconoce que se trata de un homicidio”* (Rabbia y Sgró Ruata, 2014).

En consonancia con estos discursos, el malestar subjetivo experimentado por dichas mujeres: “*me duele*”, “*nunca me gustó*”, “*me duele mucho*”, está asociado directamente a la concepción del embarazo como “*vida*”, “*criatura*”, y al aborto como crimen: “*algo que está mal*”, “*estoy matando una vida*”.

No obstante ello, las mujeres que accedieron a una ILE en estos casos, lo hicieron a partir de ponderar sus necesidades concretas y materiales por sobre sus creencias, basando así su decisión de abortar en una dimensión más pragmática que moral, pero no por ello libre de malestar, culpa y estigma.

Resulta interesante señalar además que estas mujeres reprodujeron ellas mismas una mirada estigmatizadora, culpabilizadora y sancionadora hacia sus congéneres que también decidieron abortar, desmarcando sus propias situaciones de aborto de otras que a su parecer eran moralmente reprochables, en las que las mujeres aparecían como irresponsables y descuidadas: “*en la vida uno se cruza con gente que habla a boca de jarro... hay gente que te habla como ‘ah, si yo ya me hice dos, yo ya me hice tres’, como si fuese un trámite*” (Florencia, 31).

“*Me duele porque sé que hay que muchas mujeres cuando interrumpen embarazos, pero ya con la criatura ya formada, con el corazón con latidos. A mi eso me pone mal. Me duele mucho, porque como siempre digo, la criatura no pide venir al mundo. Uno deja formarse, crecer, y después interrumpir, a mi la verdad no*” “*Uno tiene que hacer la interrupción con tiempo, sin esperar que se forme*” “*A mi me gustaría que las mujeres se cuiden*” (Graciela, 37).

- Embarazo no deseado producto de relaciones no consentidas. ¿Cuarta categoría?

A las tres categorías anteriormente descritas, podría agregarse una cuarta que aparece de modo asistemático entre las mujeres y que pocas enunciaron con la asertividad de Delia, de 40 años, cuando expresó su decisión de interrumpir el embarazo en tanto “*no fue una relación consentida*”.

Además de primar un desconocimiento sobre el marco legal de la ILE, información que era facilitada desde el inicio mismo de la consulta al dispositivo, confluyen diferentes motivos por los que las mujeres que sufrieron violencia sexual no argumentaron su decisión de interrumpir la gesta en razón de esta causal.

Para comprender estos motivos es preciso remitirse a lo que Hercovich (1993) denomina *imagen en bloque de la violación*. Este concepto remite a un guion socialmente establecido, - destilado de discursos dominantes acerca de la violencia, la sexualidad y el poder entre los

géneros-, que condensa los elementos a partir de los cuales una violación es legitimada como tal por discursos jurídicos y sanitarios. Algunos de estos elementos son:

- Los violadores “típicos” son desconocidos.
- Las víctimas son mujeres jóvenes, atractivas, provocadoras.
- El escenario en donde ocurre la violación es la vía pública.
- La mujer “auténticamente” violada siente vergüenza y eso la hace callar. Si habla, es sospechada.

No obstante, muchas de las situaciones de violación que surgieron de los relatos de las mujeres no se dieron en los términos planteados, no “encajaban” en el guion, en tanto fueron perpetradas en el marco de un noviazgo, matrimonio, unión civil o de convivencia. Al respecto de esto, la literatura más reciente denominó como violencia íntima a las violaciones ocurridas en estos contextos, indicando su alta incidencia en la región (Ramón Michel y Ariza, 2015).

Esta inadecuación entre la experiencia vivida y la *imagen en bloque* promueve, por un lado, que quienes sufren una violación callen a riesgo de no ser creídas o incluso, de ser responsabilizadas y estigmatizadas (Hercovich, 1993).

Por otro, obtura la posibilidad de comprender como tal la propia experiencia de violación. Sobre todo, en aquellos casos en donde la violencia es perpetrada por la pareja, resulta más difícil para las mujeres dar crédito a sus percepciones e identificar que se trataba de una violación (Hercovich, 1993). También esto se complejiza al no mediar necesariamente violencia física, sino otros tipos de coerción o amenazas.

En este punto es preciso recordar que el Protocolo (2019) definía como violación a todas las relaciones sexuales con penetración en las que mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio o sucedan en el marco de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder; todas las relaciones sexuales con penetración en las que la persona, por cualquier causa, no haya expresado libremente su consentimiento (por ejemplo, por estar dormida, inconsciente o bajo el efecto de alcohol o drogas, o por encontrarse en situaciones como las descritas en el punto anterior) y toda relación sexual con una niña menor de 13 años.

En concordancia con lo explicitado anteriormente, la causal violación apareció invocada de modo más frecuente por las mujeres cuando la violencia sufrida se asemejaba a la *imagen en bloque* (Hercovich, 1993). Una violación en una fiesta estando alcoholizada, el ataque de un albañil, son solo algunos de los ejemplos relevados.

Sin embargo, cuando no había adecuación al guion establecido, los motivos referidos para interrumpir la gesta remitían a otros órdenes, quedando solapada la situación de violencia.

El caso de Graciela, de 37 años, resulta elocuente por el grado de naturalización y relativización ante la decisión unilateral de su pareja de quitarse el preservativo, pese a haber consensuado con ella su uso:

“E: se cuidaba él nada más con preservativo. Y la ultima vez que estuvimos yo estaba ovulando, sabía bien que había que cuidarse. Si no me cuidaba sabía que podía quedar... bueno, en un momento él sacó el preservativo, y fue ahí que pasó lo que pasó.”

MK: ¿él se lo sacó?

E: el de terminar no terminó adentro, pero soy consciente que a veces los hombres no llevan cuenta de eso tampoco. Con una cosita, con una pequeña gotita se le va y chau, queda eso. ¿Me explico? Entonces eso fue lo que pasó.”

MK: pero ustedes, ¿habían arreglado que usaban el preservativo y el rompió ese acuerdo?

E: claro, cuidarse siempre. Me acuerdo ese día no se quería poner, y yo dije ‘no, hay que cuidar’ porque justo estaba ovulando y yo sabía que no, tenía miedo, entonces dije no, hay que cuidarse, y en un momento se lo sacó y dijo que no iba a terminar adentro, pero con una gotita que se fue, terminó afuera, pero con un pequeñito, se fue una gotita, y bueno y ahí.”

Era en el devenir de la entrevista que lograba desnaturalizarse y resignificarse la violencia como tal, decantando así la certificación de esta causal de un proceso elaborativo que realizaba la mujer acompañada por la profesional psicóloga actuante. El dispositivo de ILE, contribuía, en este sentido, también a desnaturalizar las situaciones de violencia vividas.

Así, Fernanda, de 39 años, concluyó que su solicitud de interrumpir el embarazo podía encuadrarse en la causal violación en tanto mantenía relaciones sexuales en el marco de una relación de poder donde mediaban amenazas: *“yo me quiero separar, pero él no se va de la casa, me chantajea con no pasarme más plata”, “todas las noches hay que tener relaciones sexuales, sino se enoja”.*

Del mismo modo lo hizo Eugenia, de 27, quien reflexionó en el transcurso de la entrevista: *“creo que fue a propósito, yo tenía preservativo y me daba miedo de pedir que lo use porque sabía cómo se iba a poner, me dijo que él me iba a avisar pero acabó adentro a propósito”,* dando cuenta del grado de intimidación y temor en el que se encontraba para solicitar el uso del preservativo así como también de la ruptura unilateral del acuerdo a priori establecido.

Las palabras de Eugenia se replicaron en muchas otras mujeres, quienes resignificaron la no utilización o el abandono unilateral del preservativo como conductas deliberadas de los varones para embarazarlas “*a propósito*” y “*retenerlas*”, por lo que se conjetura si el aborto no constituyó en estos casos un intento de poner fin a la relación.

Es necesario señalar, sin embargo, en consonancia con Hercovich (1993), que no todas las mujeres que se encontraban padeciendo violencias pudieron identificarse en tal situación, en cuyo caso se procedió a certificar únicamente la causal salud para acceder a la ILE.

Por último, se observó entre muchas de las situaciones abordadas donde las mujeres padecían violencia de género, una recurrencia a las interrupciones de embarazos, ya sea previas a la consulta en el dispositivo del Centro de Salud (entre las que hubo tanto abortos clandestinos como acompañados por el sistema de salud) como posteriores. Esta observación se condice con el estudio llevado a cabo por Citernes et al. (2015), en Italia, mas no pretende constituir aseveración alguna, sino dejar planteada la inquietud para futuras investigaciones.

El procedimiento de ILE en sí

- Bagaje previo

La gran mayoría de las mujeres que accedieron al dispositivo tenía conocimiento previo acerca de las “*pastillas para abortar*”, siendo en muchos casos esta la razón principal que motivó la consulta al espacio “*porque ahí te van a dar las pastillas*”.

Internet constituyó una fuente recurrente donde las mujeres refirieron obtener información sobre el aborto medicamentoso. Al mismo tiempo, esta fue una vía que les facilitó el acceso a un mercado clandestino, al que no pocas recurrieron antes de realizar la ILE.

En este sentido, la infructuosa experiencia con medicación de dudosa procedencia y validez, aplicada usualmente mediante una posología errada, generó en algunos casos escepticismo respecto de la eficacia del misoprostol.

Asimismo, el uso ambulatorio y autoadministrado del misoprostol, generalmente aceptado por las mujeres y hasta valorado positivamente por la intimidad que permite, fue vivido por otras con miedo o resquemor, ya sea a no hacer el procedimiento de manera correcta, o a no contar con los cuidados profesionales que supondría una práctica en contextos de internación. Respecto de esto último, dos mujeres expresaron sentirse “*abandonadas*” por el sistema de salud por este motivo.

El miedo a que el procedimiento suponga un riesgo a su salud, también apareció en forma recurrente. Particularmente, preocupó a las mujeres desde quedar infértiles hasta morir desangradas.

Todas estas cuestiones eran abordadas y clarificadas desde la primera consulta con las psicólogas, y en la sucesiva con el/la profesional de medicina: la alta eficacia del misoprostol, la posibilidad de repetir hasta tres esquemas dentro del plazo indicado por el Ministerio de Salud de CABA o de derivar a un segundo nivel en caso que se excediera, la seguridad en el uso de esta medicación, la explicitación acerca de efectos esperables y de las pautas de alarma que ameritan ir a una guardia sin que hubiera riesgo de vida, el seguimiento post aborto con control ecográfico y acceso a un método anticonceptivo.

Tras las consultas, la mayoría de las mujeres logró disipar sus temores al ser contrastados con información veraz y científica, y adhirieron al tratamiento ambulatorio. No obstante, en situaciones particulares donde la ansiedad persistía, se derivó al segundo nivel para el acceso a una ILE en contexto de internación hospitalaria. Asimismo, algunas pocas mujeres, que contaban con los medios económicos y que tenían conocimiento de asociaciones civiles que realizan la Aspiración Manual Endouterina¹⁴ (AMEU), optaron por esta posibilidad por considerarla más rápida y/o segura por ser en contexto “controlado”¹⁵.

Por último, en algunos casos, angustiaba la idea de encontrarse con un “bebé” tras completarse el aborto, poniendo en evidencia la eficacia de la operatoria de humanización del embrión/feto que promueven sectores conservadores contrarios al derecho a decidir (Monte, 2016). Sobre esto también se trabajaba en las consultas.

- La experiencia durante el procedimiento de ILE

A pesar de la inseguridad expresada respecto de hacer el procedimiento ellas mismas de forma correcta, las mujeres generalmente no tuvieron problemas en autoadministrarse el misoprostol, destacando algunas la simpleza del método.

En pocos casos el esquema no se cumplimentó de acuerdo a las indicaciones provistas. En uno de ellos, debido a la intromisión del ginecólogo particular de la mujer, que además de indicar

¹⁴ La AMEU es una técnica de aspiración de vacío que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Presenta mínimas complicaciones y una tasa de efectividad de entre el 95 y el 100%. Es reconocida por el Protocolo (2019) como un procedimiento seguro para la práctica de ILE.

¹⁵ No es objeto del presente estudio ahondar en las experiencias de las mujeres que realizaron un ILE en segundo nivel o que optaron por el AMEU, pero sí resultan atendibles las razones por las que no realizaron el procedimiento mediante misoprostol de forma ambulatoria en su domicilio.

una posología incorrecta, prescribió prácticas no reconocidas ni avaladas científicamente por ningún organismo. En otro, el procedimiento fue interrumpido por la misma mujer, quien no pudo completar el esquema de medicación debido al dolor intenso que experimentó.

Al respecto de esto último, no fueron pocas las mujeres que refirieron haber transitado mucho dolor durante el procedimiento, si bien profesionales del equipo prescribían analgesia para utilizar en aquel momento. Otras, en cambio, expresaron no haber experimentado más que leves molestias.

En cuanto a los efectos secundarios esperables que genera la medicación, las experiencias de las mujeres fueron similares. Además del dolor abdominal y el sangrado, la mayoría presentó una o más de los siguientes: vómitos, náuseas, diarrea, fiebre.

La concurrencia a la guardia, ante la aparición de alguna pauta de alarma, fue baja. Menos del 3% de las consultantes debieron acudir a un servicio de emergencia. Si bien las experiencias vividas en ese marco serán abordadas más adelante, es importante mencionar que algunas de estas consultas fueron motivadas más por el temor a que “*algo no esté bien*” que por un criterio médico.

Se conjetura si la consulta a la guardia, en los términos planteados, no guarda relación con la desprotección o inseguridad que algunas mujeres manifestaron respecto de hacer el procedimiento de forma ambulatoria en sus domicilios, sin cuidados profesionales en ese mismo momento.

En esta misma línea, una de las mujeres entrevistadas, (quien nunca manifestó en la primera entrevista sus reparos o temores al uso domiciliario del misoprostol), comentó que contrató a una ginecóloga en forma privada para que pueda monitorearla por teléfono mientras ella realizaba el procedimiento:

“soy re contra sincera, yo a parte le pagué a una ginecóloga para que atienda el teléfono mientras lo hacía o para después. No me sirvió para nada, solo le pagué para que me atendiera el teléfono, pero a mi me dio tranquilidad. Era la amiga de una amiga... Pero yo tuve la posibilidad, la llamaba y le decía son tantas toallitas, el termómetro dice 35, pero me imagino chicas que no tienen la posibilidad de consultarlo con alguien, que vos mandes un mail el viernes para que te contesten el lunes... mirá, no. Es re feo. Eso en un país civilizado, te internan, te hacen una práctica ambulatoria y las 4 horas te vas. Estás con una enfermera que te tome la fiebre y la presión, que vea el sangrado. Es como una locura. Es una pesadilla. El que lo pasa sólo sabe de qué está hablando. Tenés la imagen de la muerte todo el tiempo, se te

viene la placa de Crónica “aborto mal hecho, se murió en Córdoba, llegó con una infección y se murió en la guardia” (Romina, 38).

El miedo a morirse que expresó en este último relato la entrevistada, puede explicar las consultas innecesarias a la guardia o la sensación de “abandono” por parte del sistema sanitario. Pese a que se trabajaba intensamente desde el equipo en la transmisión de la seguridad y cuidado que implica realizar la interrupción medicamentosa de un embarazo de modo domiciliario, en algunas mujeres, el impacto de las muertes por abortos clandestinos apareció de forma contundente. En este punto, nuevamente, cabe destacar el rol de los medios masivos de comunicación en la reproducción, ya no solo de la ilegalidad del aborto, sino de su abrochadura con la muerte.

Sin embargo, es necesario señalar que la mayoría de las mujeres no transitaron el procedimiento en estos términos. Antonia, de 24 años, por ejemplo, comentó haberse sentido relajada y no haber experimentado dolor. Del mismo modo le sucedió a Sofía de 23 años.

El caso de Juana (24) resulta elocuente en razón de cómo el dolor y los efectos secundarios del misoprostol, lejos de producirle angustia o temor, le generaron alivio y tranquilidad por constituir indicadores de que el misoprostol estaba funcionando:

“Cuando ya la segunda vi algo de sangre, dentro de todo que la estaba pasando muy mal, me quedé más tranquila porque vi que sí estaba teniendo efecto en mi cuerpo y aunque estaba con todo... la fiebre, los escalofríos, el dolor tan fuerte, como sabía que realmente estaba funcionando, me sentía bien, me sentía aliviada y tranquila. Aunque físicamente la estaba pasando muy mal, mentalmente para mí el dolor y todos los síntomas que estaba viviendo era un signo de que estaba funcionando y eso a mí me hacía sentir mucho mejor”.

A Josefina, de 33 años, el procedimiento le generó todos los efectos secundarios, pero en ningún momento tuvo miedo, “por suerte me habían avisado de todos”. Además, la posibilidad de hacerlo en su casa “me dio tranquilidad, y me ayudó a distraerme. Una que dormí un montón, a la mañana estuve trabajando, después yo los viernes puedo cortar más temprano con el trabajo, así que dormí bastante, podía ver la tele, estar con mis cosas, estuve más cómoda”.

El éxito del procedimiento, si bien requiere de una ecografía post para su confirmación, es posible de ser evaluado por las mismas mujeres tras la aplicación de la medicación.

No obstante, en algunos casos, la necesidad de confirmar, en el tiempo inmediato post procedimiento, que el aborto se hubiera producido, reclamó de la intervención de un profesional o alguien capacitado en el tema que así lo acredite.

Paula, de 39 años, mencionó al respecto: *“los médicos me explicaron todo perfecto, pero bueno en el momento te surgen dudas, no sabés si lo que expulsaste es lo que tenías que expulsar”*. Refirió que fue acompañada telefónicamente durante todo el procedimiento por una socorrista, a la que le envió fotos del producto del aborto para confirmar que este se hubiera producido, y destacó la contención que encontró por parte de la organización de mujeres al poder *“ir hablando”* en cada etapa del mismo.

En los casos en donde las mujeres detectaron que el sangrado no fue el esperado, la angustia y desesperación sobrevinieron ante la deducción, generalmente acertada, que el procedimiento no funcionó¹⁶. A excepción de algunas mujeres, como Marina (28), quien refirió que no desesperó ante la constatación que seguía embarazada, puesto que era una posibilidad que le había sido informada:

“son cosas que yo sabía igual, es lo que ustedes me anticiparon. Esta es la importancia de la información y la anticipación. “Las pastillas van a funcionar”, me decían ustedes, “pero puede pasar que no, estas son las formas de darte cuenta que no funcionó” y de eso se trata la información. Yo no desesperé cuando me volví a hacer la ecografía, porque dije “bueno, esto pudo haber pasado”. Es esto, tener la información ayuda y hace que este camino sea un poco mejor”.

- Efectos subjetivos post ILE

Tras la realización del procedimiento, y la constatación que el aborto se produjo, las mujeres en su mayoría expresaron un mismo sentimiento: alivio.

En consonancia con la idea que el embarazo no deseado constituye un factor generador de malestar psíquico, se ratifica que la ILE representó para las mujeres que accedieron al dispositivo un cese a dicho padecimiento.

Sofía de 23 años, expresó el alivio experimentado cuando tras interrumpir el embarazo: *“lo que yo tenía era un problema, y me lo quería sacar. Cuando vi la expulsión, sentí un alivio”*.

¹⁶ Ante esas situaciones, se repitió el esquema de medicación hasta que el aborto se hubiera concretado. De la totalidad de mujeres atendidas en el dispositivo, sólo el 9% aproximadamente debió repetir una o dos veces el esquema.

Juana, de 24 años, de igual modo, refirió el alivio instantáneo que experimentó cuando *“algo se desprendió de la barriga, algo se soltó”*.

El alivio sobrevino no sólo por interrumpir la gesta sino por hacerlo en condiciones de seguridad, sin ninguna repercusión nociva para su salud o su vida.

Graciela, quien había sentido culpa por tomar la decisión, experimentó alivio cuando se realizó la ecografía de control post, ya que allí constató que el aborto se completó sin consecuencias para su salud:

“y la verdad que ahí me sentí aliviada. Mi preocupación era por si quedó algo, si se quedó algo es que no está bueno tampoco. Entonces cuando me hice la ecografía me dice la doctora que estaba bien, que no quedó nada, que el útero está bien, los ovarios también. “Está perfecto”, me dice la doctora que me hizo la ecografía” (Graciela, 37).

Cabe mencionar, además, que Graciela había realizado un aborto clandestino en Paraguay, cuando ella tenía 16 años, y que su temor en aquel momento era que le pasara algo, quedándose más tranquila en esta oportunidad por el cuidado brindado al ser un equipo del sistema de salud: *“me quedé tranquila, para hacer este procedimiento me pidieron el estudio, para después del procedimiento me pidieron el estudio, me sentí segura, me quedé tranquila, porque como había dicho esta cosa a mi mucho no me gusta. Pero esta vez totalmente diferente”*.

Además de proporcionar alivio, la ILE puede ser pensada en algunas mujeres como un acto reestructurante a nivel subjetivo, que permitió recobrar la integridad y bienestar personal, afectados tras la noticia del embarazo:

“Ya volví a ser yo” (Lucía, 21).

“Me siento bien y estoy haciendo mis actividades normalmente y con más energía incluso” (María, 29).

Asimismo, en muchas ocasiones, la ILE se inscribió en una sucesión de cambios vitales, tendientes al fortalecimiento de la autonomía y a la reafirmación subjetiva.

Tal es el caso de Virginia, de 37 años, que tras realizar la ILE por causal violación, se separó de su pareja violenta, comenzó a asistir a espacios terapéuticos destinados a mujeres que padecen violencia de género, y retomó el quinto año del secundario.

También cabe señalar la situación de Marina (28), quien luego de realizar la ILE decidió anotarse en un postítulo docente de Educación Sexual Integral para contar con más herramientas y poder acompañar desde su práctica profesional a mujeres en similar situación. Asimismo, tres

años más tarde se encuentra nuevamente embarazada, esta vez habiéndolo decidido y deseado: *“esto es recontra decidido y hace una diferencia de una magnitud desde la decisión y desde el deseo. Yo elijo ser mamá, yo soy mamá ahora, pase lo que pase con M, así se llama, yo soy mamá ahora. Eso es un deseo y es una elección. Haber vivido la experiencia pasada me sirvió (...) para que me deje en claro que no hoy forma que la maternidad no sea deseada, por lo que se pasa, porque es una locura estar embarazada. No hay forma que no sea una elección”*.

En los casos de Florencia (31) y Paula (39), ellas maximizaron las pautas de cuidado anticonceptivo para evitar quedar embarazadas en un futuro.

Para Sofía (23), el haber atravesado una ILE le permitió tomar conciencia de la importancia de que el aborto sea legal en todos los casos, empatizando con la realidad de otras mujeres, y expresar libremente su opinión al respecto:

“Después que me pasó a mi, sí, ya no me importa lo que piensen ni en el trabajo ni nada, yo estoy de acuerdo, lo digo, pongo lo que quiero en las redes sociales, ando con el pañuelo, ya después que me pasó a mi no me interesa lo que piensen. Cuando me pasó a mi tomé conciencia de la importancia que se legalice. Y bueno, de mujeres que... yo tengo trabajo, todo, pero una nena de 16 años que no quiere, que fue un error, es horrible que la obliguen, es macabro. Y ahí me di cuenta de la importancia que se legalice”.

En el caso de Juana (24), luego de la ILE, *“me replantée mucho en ese tiempo preocuparme mucho más en mí. Antes era... siempre fui bastante de estar pendiente de las otras personas, de ayudar a las otras personas y quizás no era de pensar tanto en mi... o poner en prioridad a otras personas antes que a mí. Y con todo esto como la estaba pasando tan mal y estaba viviendo algo tan fuerte en mi vida, me concentré en mi y me di cuenta que la primera persona por la que debo preocuparme es por mí”*.

Los ejemplos anteriores demuestran cómo la ILE confirió alivio frente a la conmoción subjetiva generada por un embarazo no deseado, aún en aquellas pocas mujeres que expresaron objeciones morales respecto del aborto, tal como Graciela.

En muchos casos, además la ILE constituyó un evento salutogénico, en tanto contribuyó a recobrar el bienestar e integridad personal afectados tras la noticia del embarazo y a la reafirmación autonómica y subjetiva.

En coincidencia con lo planteado por el Grupo Médico por el Derecho a Decidir en su Documento de Posición (2011, p. 19):

El desarrollo psicológico y emocional de una mujer o de un ser humano pasa por asumir en forma absoluta las riendas de su propia vida. Esto es parte de la salud mental. En el

ámbito de la salud mental, la interrupción puede ser un acto de enorme valor social al abrir un camino para la estructuración interna del sujeto.

Conclusiones

Este apartado se propuso ahondar en los significados que adquirió el aborto para las mujeres consideradas, en sus conocimientos acerca del marco legal vigente y posibilidades de apropiación en tanto ILE, en las razones que las llevaron a tomar esta decisión y en cómo atravesaron el procedimiento.

Es preciso señalar que el aborto, independientemente de las razones subyacentes a la decisión, apareció como la única forma de poner fin al malestar psíquico que el embarazo generó. En este sentido, se consideró el concepto de urgencia subjetiva para explicar el apremio por “resolver” el padecimiento y conmoción sobrevenidos ante la noticia del embarazo no deseado. La decisión de abortar, como forma de cese a dicho padecimiento subjetivo, fue clara desde un inicio en la mayoría de los casos y desencadenó una búsqueda proactiva para encontrar una respuesta, aún si esta involucraba prácticas clandestinas. De hecho, fueron numerosas las mujeres que recurrieron a abortos clandestinos, generalmente con medicación, antes de concurrir al dispositivo, al que llegaron de modo fortuito en busca de “ayuda”. La falta de información sobre el marco legal y sobre los equipos de ILE existentes, fue sindicada como una barrera sistemática con la que se encontraron muchas de las mujeres.

Asimismo, la política pública difusa sobre la materia y la vigencia del paradigma prohibicionista, alimentado por los medios de comunicación masivos, generaron que las mujeres llegaran a consultar al dispositivo sin claridad alguna de los derechos que las asistían de acuerdo al modelo de causales ni tampoco de las obligaciones del sistema sanitario, y con el temor a ser juzgadas, maltratadas o denunciadas.

Encontrarse con un equipo dentro del sistema de salud que garantizaba el aborto de manera legal, segura y gratuita de acuerdo al marco normativo, fue vivenciado positivamente por las mujeres, pues contribuyó a “desclandestinizar” la práctica, generando alivio.

No obstante, en muchos casos, aún después de haber realizado la ILE, la apropiación de este derecho como tal no fue alcanzada, perviviendo la sensación de haber hecho algo “contradictorio” o “ambiguo” legalmente.

En cuanto a las razones que motivaron la decisión de interrumpir el embarazo, se hallaron diferencias entre mujeres más atadas a patrones tradicionales de género, y aquellas que por su pertenencia de clase y/o por su nivel educativo, tuvieron mayores oportunidades de planificar y elegir sus proyectos de vida y de acceder a prácticas gratificantes, otras que la maternidad.

Para las primeras, el aborto perseguía la finalidad de cumplir con las tareas de cuidado y el maternaje en curso. Para las otras, apareció asociado al ejercicio de un acto de libertad.

Fue entre algunas de las mujeres del primer grupo, donde se plantearon sentimientos disonantes en cuanto a la decisión, vinculados usualmente a valores conservadores y creencias religiosas que entraban en contradicción con las condiciones de posibilidad con las que contaban para afrontar la continuidad de una gesta y/o crianza. En este punto, las mujeres resolvieron por la interrupción, anteponiendo un juicio más pragmático que moral mas no por ello libre de culpa o estigma, volcados, en ocasiones, también hacia sus propias congéneres.

Las mujeres que sufrieron violencia sexual generalmente no invocaron la causal violación como argumento. Se considera que ello responde a la inadecuación entre la experiencia de violencia vivida y el guion preestablecido, o *imagen en bloque*, acerca de qué es socialmente legitimado como violación, la cual obtura la posibilidad de comprender como tal la propia experiencia de violación o promueve que las mujeres callen a riesgo de no ser creídas o incluso, de ser responsabilizadas y estigmatizadas (Hercovich, 1993). La consulta al dispositivo de ILE permitió en la mayoría de los casos, desnaturalizar y resignificar como tal la violencia acontecida. En algunas mujeres, la ILE se inscribió como un intento de poner fin a la relación. En relación al procedimiento en sí, gran parte de las mujeres tenía conocimiento acerca del misoprostol como método abortivo. Algunas manifestaron temor en cuanto a la seguridad del mismo y reparos en relación al uso domiciliario de la medicación, llegando a expresar que el sistema sanitario las descuidaba o abandonaba por este motivo. Tras ser despejadas estas inquietudes en la primera consulta, la mayoría adhirió al procedimiento ambulatorio. Unas pocas mujeres, sin embargo, debieron ser derivadas a segundo nivel para realizar la ILE en contexto de internación por no sentirse en condiciones de autoadministrarse la medicación, mientras que otras optaron por resolver en el ámbito privado una práctica de AMEU.

Durante la aplicación del misoprostol, muchas mujeres refirieron haber experimentado fuertes dolores, acompañados usualmente por uno o más de los efectos secundarios esperados. En algunos pocos casos, las dudas respecto de si el procedimiento marchaba de acuerdo a lo esperado, o a si este efectivamente funcionó, y los temores en torno una posible afectación a la propia salud y vida, no pudieron esperar a la consulta de control con el equipo y necesitaron ser evacuados y aliviados en lo inmediato ya sea a través de la consulta a una guardia o profesional contratado para tal fin, o a través del seguimiento de una socorrista.

Tras la constatación de que el procedimiento fue efectivo y/o la obtención del alta médica, el sentimiento que sobrevino con más frecuencia fue el de alivio, a diferencia de los sentimientos

de tristeza o dolor asociados a haber atravesado una situación de duelo, consignados por Dosso (2013) en su investigación. Luego de la ILE muchas mujeres recobraron la sensación de bienestar e integridad personal, afectados tras la noticia del embarazo no deseado. Asimismo, en algunos casos, la posibilidad de haber podido decidir ante un embarazo no deseado, de tomar “las riendas de la propia vida”, contribuyó al autocuidado, al fortalecimiento de su autonomía, a la reafirmación subjetiva, y al agenciamiento y transformación de los mandatos genéricos (Bonder, 1999) en particular al imperativo materno.

Las redes de apoyo

En el siguiente capítulo se describe la red social significativa que acompañó a las mujeres a lo largo de su experiencia en la realización de la ILE, así como también las funciones que usualmente desempeñaron quienes la conformaron.

La red social significativa es entendida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas. Incluye la familia, las amistades, las relaciones laborales, las relaciones comunitarias y de servicio. Entre las funciones que puede cumplir se encuentran el apoyo emocional, la guía cognitiva, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos (Sluzki, 1996).

Se considera que la misma juega un rol fundamental en la experiencia subjetiva de quienes realizaron una ILE. De acuerdo a lo planteado por diversos autores, la presencia o ausencia de redes de apoyo impacta en la experiencia del aborto: aumentando el malestar psíquico sobrevenido ante un embarazo no deseado cuando la mujer no cuenta con red de apoyo, o cuando ésta ejerce presión o estigmatiza; promoviendo autonomía y aliviando el sufrimiento psíquico cuando acompaña y respeta su decisión. (Maroto Vargas, 2010; Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2011; Dosso, 2013).

En línea con lo anterior, se explora en este capítulo cómo estaba conformada la red social significativa de las mujeres que interrumpieron legalmente su embarazo, qué funciones desempeñaron quienes la integraban y cómo incidió en su experiencia subjetiva.

Por ser este un proceso que se produce en el cuerpo y subjetividad de las mujeres, es que se organiza la indagación sobre los vínculos atendiendo a esta marca diferencial (Petracci, Pecheny, Mattioli y Capriati, 2012). De esta manera, se plantea un primer apartado referido a describir quiénes fueron las otras mujeres que estuvieron presentes en el proceso de ILE y las funciones que llevaron a cabo, con el consecuente impacto en la subjetividad de la protagonista. En segunda instancia, se aborda el rol de los otros significativos masculinos, especialmente quienes ocuparon un lugar de pareja, ya sea ocasional o estable, para finalmente describir el papel de las organizaciones y movimientos feministas que, como parte de las relaciones comunitarias, interactuaron con dicha experiencia.

Las relaciones de servicio, donde se incluye el sistema de salud en general y el dispositivo de ILE en particular, ocupa un capítulo aparte, en razón de la complejidad que reviste el vínculo entre las mujeres y la institución sanitaria.

Tejido de redes sororas

Quienes estuvieron indudablemente presentes con mayor frecuencia a lo largo de todo el proceso, fueron las mujeres del círculo íntimo de las consultantes. Amigas, primas, hermanas, madres, acompañaron a las mujeres en diversas etapas, tanto en casos donde la pareja ocasional o estable se encontraba ausente, como incluso en aquellos donde también éste brindaba su apoyo y acompañamiento.

En líneas generales, las mujeres cercanas fueron convocadas desde el momento inicial, participadas de la noticia del embarazo no deseado y, sobre todo, interpeladas en busca de ayuda para poder interrumpirlo.

En efecto, tras la confirmación del embarazo y ante la desinformación acerca de dónde concurrir para concretar su decisión, las mujeres acudieron a sus congéneres, que a su vez contactaron con otras para dar con un dato certero, activándose cadenas femeninas informales de ayuda. En consonancia con una política pública difusa e inconsistente, fue la estrategia del “boca en boca” la que se puso en marcha al confirmarse el embarazo.

Además de esta función, muchas acudieron a las mujeres más cercanas en busca de apoyo emocional y contención, con la intención de poder sentirse escuchadas y entendidas.

Aunque no faltó quien emitiera un juicio de valor o sancionara la decisión de interrumpir el embarazo, la mayoría encontró efectivamente apoyo y contención en alguna mujer de su círculo más próximo. Esto obedeció a que, en muchas ocasiones, se realizó un tamiz previo para saber a quien recurrir:

“las personas que lo compartí, que fueron muy pocas, sabía que eran personas con las que yo podía compartir, y me iban a entender y me iban a apoyar, así que no sentí ningún juicio de parte de nadie porque supe a quién contárselo” (Juana, 24).

En algunos casos incluso, el apoyo y contención fueron brindados por otras significativas, -sobre todo madres de las mujeres-, con una postura manifiestamente contraria a la legalización del aborto, la cual fue en ocasiones relativizada y revisada, anteponiendo el cuidado y las necesidades de la mujer que decidió interrumpir el embarazo.

Tal es el caso de la madre de Pamela, una joven de 15 años, quien a pesar de su militancia activa “del pañuelo celeste¹⁷”, pudo comprender y acompañar la decisión de su hija y estar presente a lo largo del procedimiento. O de Vera, de 31 años, quien se sintió apoyada por su madre a pesar de que su familia es “*católica y antiaborto*”.

¹⁷ Con ese distintivo se identifican quienes se oponen al aborto legal.

La posibilidad de recurrir a otras mujeres propició también que estas últimas pudieran compartir sus propias experiencias de aborto, hasta el momento mantenidas en secreto:

"Mi mamá me entendió y me contó de mi abuela y dos amigas tuyas que abortaron", comentó María, de 26 años, poniendo en evidencia cómo se anudaban a su propia experiencia de ILE, las experiencias hasta entonces silenciadas de mujeres cercanas, tramando redes cómplices y empáticas y contribuyendo a “desclandestinizar” el aborto, no solo a nivel individual, sino también colectivo.

Asimismo, las mujeres brindaron acompañamiento durante las consultas con el equipo y al momento de la realización del procedimiento. Incluso, hubo quienes ofrecieron ayuda material para que el mismo se llevara a cabo en las mejores condiciones: prestaron su domicilio, pusieron a disposición sus autos para una eventual consulta a la guardia, destinaron su tiempo al cuidado de familiares a cargo de las mujeres, entre otros.

Mujeres cercanas y no tanto, también contribuyeron desde sus lugares a facilitar la experiencia. Así, Juana, de 24 años, migrante venezolana y con su red social significativa en su país de origen, contó con una compañera de trabajo como apoyo emocional y ayuda durante el procedimiento y con su jefa, quien le dio libertad para tomarse los días en el trabajo que fueran necesarios para las consultas y la ILE propiamente dicha.

Las cadenas de solidaridad y ayuda se continuaron tras el procedimiento. Si bien es cierto que no todas las mujeres que realizaron la ILE adoptaron una mirada empática, solidaria y comprensiva con sus congéneres, muchas sí desempeñaron un rol activo facilitando la experiencia de otras: referenciándolas al espacio, acompañando durante la colocación del misoprostol, brindando apoyo durante la consulta. Algunas se ofrecieron a colaborar con el equipo para que pueda difundirse la existencia de los dispositivos de ILE: *“las chicas tienen que saber”*. En otros casos, como el de Marina (28), la propia experiencia motivó que se capacitara para poder acompañar, desde su rol de docente, a las mujeres que deciden abortar *“desde la mirada hacia la persona, desde una parte más humana”*.

Independientemente de la edad, o de si contaban o no con parejas presentes y continentes, la gran mayoría de las mujeres recurrió a sus congéneres en busca de apoyo o ayuda.

Por un lado, esto se basa en un argumento real, fáctico: quienes abortan en su mayoría son mujeres y por tanto son ellas quienes pueden compartir su experiencia, brindar información, consejos, recursos.

“tengo muchas amigas que pasaron por esta situación y me aconsejaron, me explicaron, bueno una me recomendó ir al cesac” (Sofía, 23).

Por otro, esta interpelación *entre mujeres* puede obedecer a que socialmente son las mujeres quienes ocupan y ejercen un rol de cuidadoras, encargadas de la gestión doméstica de los sentimientos (Fernández, 2006) y agentes de salud informales de sus propias familias y de la sociedad (Vaquiro Rodríguez y Stiepovich Bertoni, 2010).

Desde esta premisa, es esperable que quienes participen en la experiencia de ILE brindando ayuda o apoyo sean mujeres del círculo próximo, siendo este un proceso que, -tanto por las inconsistencias de las políticas públicas sobre la temática, la poca claridad respecto del marco legal, como por su realización en domicilio-, resulta aún más relegado a la domesticidad que otros procesos de salud.

Por último, aunque no necesariamente desvinculado de lo anterior, también pareció responder a una ponderación, ya sea real o imaginaria, acerca de la mayor capacidad de cuidado, empatía y contención que podría brindar otra mujer en estos casos respecto de un varón:

“es mujer entonces iba a entender un poco más como me sentía (...) Y como era mujer, me iba a apoyar y como iba a estar bien allí y me iba a entender bastante” (Juana, 24).

“E: Bueno, las mujeres necesitamos más contención y bueno... y él [su pareja] no sé, nunca nos alcanza. O no sé, yo necesitaba más atención en ese momento.

MK: ¿en quién encontraste esa contención si es que encontraste?

E: y, en mis amigas. En mis amigas” (Sofía, 23).

En cualquiera de los casos, la red de apoyo femenina cobró un lugar fundamental en la experiencia subjetiva de quienes realizaron una ILE, brindando apoyo emocional, ayuda material, guía cognitiva, acceso a recursos, en alguna o varias de las instancias que lo componen.

Sin pretensión de homogeneizar ni de invisibilizar que también muchas mujeres se vieron sancionadas, maltratadas o juzgadas por sus congéneres, lo cierto es que la participación femenina ocupó una mayor frecuencia respecto de la masculina, aún en los casos en que los varones estaban presentes.

Este hecho parece responder a la idea de que el aborto constituye una experiencia pasible de ser comprendida y compartida, eminentemente, al interior del “mundo de las mujeres” (Petracci et al., 2012), mas también obedece al rol tradicionalmente asignado a las mujeres respecto del cuidado informal.

En este sentido, se planteará más adelante la necesidad de adoptar un enfoque de género en la política pública sobre el tema, de manera que también se atienda a evitar la sobrecarga que supone el traslado de las responsabilidades del cuidado de la salud a la red de apoyo femenina.

Los varones

Los varones de la red significativa a los que se hace referencia en el siguiente apartado, son quienes ocuparon un rol de pareja, ya sea estable u ocasional, genitor del embarazo no deseado. Si bien en algunas oportunidades padres, hermanos, amigos, también estuvieron presentes, la mayoría de las menciones a los otros significativos masculinos que las mujeres realizaron durante las consultas y entrevistas, remitieron a aquellos con los que mantenían o mantuvieron un vínculo sexo afectivo.

El universo masculino aludido es pasible de desdoblarse en dos en función del rol desempeñado: aquellos que se involucraron de manera responsable en la experiencia (Guevara Ruiseñor, 2005), brindando algún tipo de apoyo o ayuda en función de las necesidades de las mujeres, y aquellos que tomaron una conducta de huida o buscaron obstaculizar el ejercicio de su derecho a decidir.

Entre los varones que participaron de manera responsable, se aprecia, en su gran mayoría, que los mismos sostenían con las mujeres un vínculo de pareja consolidada, estable. Fueron pocos los casos de parejas ocasionales o circunstanciales que estuvieron acompañando a las mujeres, quizás por no constituir para ellas otros significativos en los que confiar para acompañarlas durante el proceso, o por haber tomado estos una actitud de huida y desresponsabilización frente a la noticia del embarazo, como se verá más adelante.

La participación de los varones se observó en una o más etapas: activando redes en busca de información para saber dónde recurrir para realizar un aborto, acompañando a las consultas a la mujer o al momento de la realización del procedimiento, y, en mucho menor medida, asistiendo a la consulta para realizar el control post procedimiento y evaluar las opciones de cuidado anticonceptivo.

Si bien esta merma de la presencia masculina una vez concretado el procedimiento, podría interpretarse a la luz de la urgencia subjetiva que plantea el embarazo no deseado y del alivio acontecido tras el aborto, lo cierto es que deja en evidencia que aún aquellos varones que estuvieron más presentes, indefectiblemente ocuparon un lugar secundario o periférico respecto de la mujer.

En consonancia con lo planteado Petracci et al. (2012, p. 171):

siempre hay momentos del proceso –o el proceso entero– que los excluye, porque es en el cuerpo y la subjetividad de las mujeres donde tiene lugar el aborto, y así es expresado en las entrevistas. Este papel secundario se verifica tanto en las trayectorias como en las escenas (circuitos, contextos específicos) en las que sucede la interrupción del embarazo.

De todos modos, es necesario resaltar que la participación responsable de los varones, aún de carácter secundario, fue valorada positivamente por las mujeres quienes se sintieron “*contenidas*”, “*acompañadas*” y “*apoyadas*” por sus parejas.

Con respecto a la toma de decisión de interrumpir el embarazo, el rol masculino secundario se vuelve a confirmar. En los casos donde las mujeres refirieron haber “*tomado en pareja*” la decisión de interrumpir la gesta, se observó que el varón ocupó un lugar importante en el proceso decisorio de la mujer, pero que fue ella quien resolvió en última instancia qué hacer frente al embarazo no deseado (Petracci et al., 2012).

“De eso se trataba, esos microsegundos, eran para lugar a ver si el otro decía algo. Porque decir que no mientras la otra persona decía que sí, era un poco duro tal vez. Pero me pasó eso, que yo sabía desde el minuto cero que no, que no iba a poder suceder” (Marina, 28).

“Y con mi pareja, si, hablamos, en algún otro momento que ninguno quería, ninguno quiere. Siempre lo dijimos. Y, nada. También me dijo igual, lo mismo, que me acompañaba, que no había problema, qué sé yo. Le dije que yo no lo quería. Me dijo que estaba bien, que me respetaba. Y también que él tampoco lo quería, pero que si yo decidía que sí, él iba a estar obviamente” (Sandra, 23).

Florencia (31) comentó que habló con su pareja porque “*entendía que eso es algo que hicimos dos personas*”, pero que “*Internamente yo siempre tuve en claro que no quería. No por mi pareja, porque si yo en algún momento me planteara la posibilidad de volver a tener hijos sería con él que es una persona maravillosa, sino por la situación. Mi situación económica, mi situación en general. No es algo que buscamos ni que planeamos, entonces internamente mi decisión era no*”.

Tal como fuera explicitado, la decisión de interrumpir la gesta generalmente apareció de manera clara e inmediata a la noticia del embarazo, entre las mujeres consideradas en este estudio. Las parejas jugaron, de máxima, un papel preponderante mas no definitorio.

En efecto, muchas mujeres que llevaron a cabo la ILE lo hicieron aún estando sus parejas en desacuerdo con su decisión. En estos casos, cabe resaltar, fue excepcional que el varón acompañara en alguna instancia del proceso o brindara algún tipo de apoyo.

No fueron pocas aquellas parejas, tanto ocasionales como estables, que, ante la sola noticia del embarazo, desistieron del vínculo, desentendiéndose de la situación y generando gran angustia entre las mujeres: *“me dijo maneja te”, “se borró cuando le conté”, “me dejó”, “ni me prestó atención cuando le dije”*.

Respecto de las mujeres que manifestaron padecer violencia de género por parte de su pareja, la mayoría optó por no contarles del embarazo y/o su decisión. En consonancia con lo planteado anteriormente, muchas sentían que continuar con el embarazo contribuía a retenerlas en el vínculo, y que el aborto constituía una forma de poner un coto al mismo, por lo que temían una contra-reacción de mayor violencia frente a la decisión de realizarse una ILE: *“si se entera que aborté, me mata”, “puede reaccionar mal si se entera, yo siento que él hizo a propósito, su intención es que quede embarazada, pensaba que lo iba a aguantar más”*.

Aquellas mujeres que sí participaron a los violentos de su decisión, fueron en numerosas ocasiones amenazadas con ser denunciadas ante la justicia o la policía, hecho que, si bien nunca se concretó, contribuyó a generar temor y angustia mas no alcanzó para que desistieran de la ILE.

Queda expuesto que las conductas de los varones y su función durante la experiencia de ILE, fueron variables. Si bien es cierto que quienes estuvieron mayormente presentes en el proceso de manera responsable, -brindando apoyo, ayuda material y/o buscando recursos atendiendo a las necesidades de la mujer-, conformaban vínculos de pareja estables, no todos los varones que sostenían relaciones de estas características se involucraron en la ILE.

Al contrario, no faltaron aquellos varones que, al enterarse del embarazo, desistieron de la relación y se desresponsabilizaron de la situación, dejando a las mujeres con una carga de gran angustia. Esta conducta también ocurrió de manera frecuente cuando no acordaban con la decisión de interrumpir el embarazo, siendo excepcionales las ocasiones en que acompañaron su experiencia de ILE, reconociéndolas como sujetos de derecho y protagonistas de la situación, aún en detrimento de sus propios deseos o necesidades. Del mismo modo, la ausencia de parejas ocasionales fue recurrente.

Tal como plantea Guevara Ruiseñor (2005), una participación responsable de los varones en la experiencia de ILE, es decir, una participación que atienda los derechos, intereses y necesidades de las mujeres, se da usualmente en *“aquellas relaciones en que han logrado establecer conexiones profundas, superar el esquema de separatividad con su compañera y reconocerla como sujeto de derechos”* (Guevara Ruiseñor, 2005, p. 54).

Lo opuesto a esto se observa en los casos de violencia de género, donde las mujeres debieron optar por mantener en secreto su decisión de abortar, a riesgo de sufrir represalias, o tuvieron que hacerlo bajo amenaza de ser denunciadas.

En cualquiera de estos escenarios, las mujeres fueron quienes tomaron la decisión de interrumpir el embarazo y la llevaron a cabo, en tanto protagonistas incontestables de la experiencia. La participación de los varones en la experiencia de la ILE no fue definitiva, pero sí incidió a nivel emocional, generando una carga de angustia y temor en las mujeres ante las presiones, amenazas y abandono por parte de sus parejas, o mitigando el malestar psíquico sobrevenido ante el embarazo no deseado cuando fueron apoyadas, respetadas y acompañadas en su decisión por éstos.

Las organizaciones y movimientos feministas

Las organizaciones feministas cobraron un rol fundamental en la experiencia de ILE de gran parte de las mujeres consideradas. Si bien no constituían en un primer momento parte de su red significativa, aparecieron en escena tras la noticia del embarazo como un recurso accesible a donde recurrir.

La mayoría de las organizaciones mencionadas por las mujeres forman parte de la red de Socorristas. Dicha red surgió desde dentro de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en el año 2012, para brindar información y acompañamiento para abortar de modo seguro, frente a la política pública difusa del Estado.

Integrada por más de cuarenta colectivas feministas de diferentes localidades del país, organizaron su activismo en función del *Socorro Rosa*, nombre por el cual las feministas italianas realizaban abortos de manera gratuita con profesionales de la medicina en el sótano de una casa. De esta manera, ponían de manifiesto la necesidad de construir lazos de solidaridad entre mujeres evitando los negociados de la clandestinidad de la práctica (Burton, 2017).

Una de las entrevistadas conocía previamente a las socorristas por una amiga, quien realizó un aborto acompañada por ellas hace dos años. Ante la noticia de su embarazo, fue a donde recurrió para ser asesorada para su interrupción, enterándose por dicha colectiva acerca de la adhesión de CABA al protocolo de la ILE y siendo referenciada por ésta al dispositivo del Centro de Salud para acceder a la práctica.

“re bien. Me explicaron todo ellas, yo no sabía de hecho que estaba avalado en Capital Federal, me explicaron cómo proceder muy bien, la única duda que tuve yo en ese momento es si me iban a dar bola en el centro de salud. Ahí me explicaron que sí, que me quedara tranquila.

Que había que firmar una declaración jurada, fue súper detallada la explicación, re bien la verdad” (Josefina, 33).

Así como ella, otras mujeres recurrieron en primer lugar al socorrismo, con el que tomaron contacto por referencia de conocidas, o por internet y redes sociales. Allí les brindaron información sobre el aborto medicamentoso y las referenciaron al dispositivo de ILE de este y otros centros de salud de CABA.

En algunos casos, inclusive, las socorristas estuvieron prestando apoyo telefónico o virtual durante el momento de la realización del procedimiento, tal como fuera mencionado anteriormente, siendo ésta la única instancia del proceso donde el equipo de salud no brindaba acompañaba *in situ*, por tratarse de un tratamiento ambulatorio llevado a cabo en domicilio.

En cuanto a las recientes movilizaciones por la Ley de IVE, encabezadas por la “Marea Verde”, la mayoría de las mujeres entrevistadas refirieron haber tenido conocimiento o incluso haber participado de las mismas.

En esos casos, no se hallaron referencias explícitas acerca de cómo las luchas sociales o el contexto de creciente legitimación del aborto, impactaron en la experiencia subjetiva de las mujeres que realizaron una ILE. Se conjetura, no obstante, su incidencia en la ruptura con el ideal maternal subyacente a quienes argumentaron su decisión de interrumpir un embarazo en razón de que no había sido elegido o planificado.

Lo que sí puede afirmarse, es que el estar involucradas en las mismas no repercutió en su conocimiento acerca del marco legal, primando en todos los casos la desinformación respecto del modelo de causales y de los equipos que en CABA daban respuesta.

De modo inverso, resulta interesante señalar cómo, en algunas mujeres, fue la propia experiencia de ILE la que incidió a posteriori en su involucramiento en las reivindicaciones por la legalización total y efectiva del aborto voluntario, ya sea impulsándolo o resignificándolo:

“No tomé nunca conciencia de la gravedad del tema y de la importancia que se legalice hasta que me pasó a mi. Siempre estuve a favor, pero nunca me manifesté, nunca subí nada a mis redes sociales, hasta que me pasó a mi. Cuando me pasó a mi tomé conciencia de la importancia que se legalice. Y bueno, de mujeres que... yo tengo trabajo, todo, pero una nena de 16 años que no quiere, que fue un error, es horrible que la obliguen, es macabro. Y ahí me di cuenta de la importancia que se legalice” (Sofía, 23).

“siempre fui cercana a las marchas, a la posibilidad de acercarme, de saber (...) Y obviamente, que después de haber pasado por esa situación, la siguiente marcha, para las personas más

cercanas y para mi compañero y para mi, fue completamente distinta. Porque sabemos que lo que se pide es algo que lo hacemos igual, esto sucede, lo que necesitamos es aminorar un poco el camino. Más allá de las cuestiones legales, de la emancipación de la mujer, realmente que todo lo que sucede alrededor está trabado, lo de la vacuna, la farmacia, las clínicas, cómo te miran y te hablan “papi, mami, el ácido fólico” (Marina, 28).

Conclusiones

En consonancia con la bibliografía citada, las redes sociales significativas cobran un lugar preponderante en la experiencia de aborto. El caso del presente estudio, relativo a la interrupción de un embarazo en un contexto de legalidad, gratuidad y asistencia sanitaria, precisa indefectiblemente adicionar una profunda indagación sobre cómo el sistema de salud en general y el dispositivo de ILE en particular, impactaron en la experiencia subjetiva de las mujeres en este proceso. Esto será abordado en el próximo capítulo.

No obstante ello, existe coincidencia con las investigaciones mencionadas acerca del impacto que los/as otros/as significativos/as tuvieron a nivel subjetivo en las mujeres que interrumpieron su embarazo, conllevando alivio y mitigando el malestar psíquico cuando la red de apoyo estaba presente en función de las necesidades y de la decisión de la mujer; aumentando el malestar cuando ésta operaba ejerciendo presión para disuadirla de su decisión, amenazando con denunciarla o abandonando a la mujer a su suerte.

Aquí se avanzó en describir la conformación de las redes de las mujeres consideradas, atendiendo a las marcas diferenciales que supone un embarazo no deseado y un aborto en los cuerpos y subjetividades femeninas. De acuerdo a ello, se observó en un primer momento que quienes ocupaban con mayor frecuencia un rol de apoyo y cuidado en el proceso de ILE, fueron otras mujeres, aún cuando las protagonistas contaban con pareja responsable.

Las mujeres que participaron de la experiencia de ILE, brindando apoyo, ayuda material y/o acceso a recursos, integraban mayormente la esfera íntima pero también se hallaron vecinas, compañeras de trabajo, jefas que desde su lugar contribuyeron a facilitar el proceso.

Se cree que la presencia femenina responde a que son usualmente mujeres¹⁸ quienes abortan, por lo que resulta lógico que sean ellas quienes posean información, recursos sobre dónde acudir ante un embarazo no deseado que se busca interrumpir, así como también puedan impartir consejos. Asimismo, se conjeturó que la interpelación a otras mujeres responde al hecho de que el cuidado informal ha sido tradicionalmente asignado a las mujeres, y a la

¹⁸ Se atiende al hecho de que abortan personas con capacidad gestante.

presunción o realidad, de que, en razón de ello, la contención y los cuidados brindados por una mujer serían más adecuados que los impartidos por un varón.

Si bien no faltaron mujeres que sancionaran la decisión de la protagonista, éstas fueron poco numerosas, sobre todo porque quienes hicieron una ILE evaluaron previamente con quien compartir su decisión o a quien recurrir. En este sentido, es posible afirmar que la red de apoyo femenina funcionó a modo de un entramado de ayuda y solidaridad, que siguió tejiéndose una vez concretada la ILE con el fin de ayudar a otras mujeres en similar situación.

Respecto de los varones, parejas ocasionales o estables, genitores del embarazo no deseado, las funciones desempeñadas fueron muy heterogéneas. Por un lado, quienes participaron responsablemente del proceso, brindando apoyo, ayuda y/o acceso a recursos en función de las necesidades, deseos y derechos de las mujeres, fueron sobre todo integrantes de vínculos estables y consolidados. Ellos acompañaron en diferentes instancias, mitigando el malestar psíquico sobrevenido ante el embarazo no deseado y la desinformación respecto de dónde recurrir, desde un lugar obligadamente secundario, aún en la toma de decisión.

Por otro, también se observó con frecuencia que muchos varones, -parejas ocasionales, pero también estables-, desistieron del vínculo ante la noticia del embarazo o ante la decisión de la ILE, desresponsabilizándose de la situación y dejando a la mujer con una carga de gran angustia. En esos casos, la decisión de ILE fue sostenida y generalmente acompañada por una figura de la red de apoyo femenina. En las situaciones de violencia de género, muchas mujeres optaron por mantener en secreto el embarazo y/o no participar a sus parejas de su decisión, como una estrategia de autocuidado y autopreservación. Aquellas que sí la comentaron con sus parejas, se vieron en ocasiones amenazadas con ser denunciadas, lo cual no impidió que sostuvieran su decisión, pero sí que lo hicieran con angustia y temor.

Por último, se consideró el rol de las organizaciones del socorrismo, por ser frecuentemente nombradas por las mujeres como primera instancia a la que recurrieron en busca de ayuda para abortar de modo seguro. Fue a través del espacio de socorristas que muchas fueron referenciadas al dispositivo de ILE del Centro de Salud. En cuanto a las movilizaciones recientes por la IVE, encabezadas por la “Marea Verde”, no se recabó información concluyente que pudiera señalar cómo estas incidieron en sus experiencias subjetivas en la realización de la ILE, aunque se presume su impacto en quienes argumentaron su decisión basada en la idea de que la maternidad debiera ser elegida. Sin embargo, de manera inversa, sí pudo rastrearse cómo el haber atravesado la experiencia motivó o resignificó el involucramiento de muchas mujeres en las luchas sociales por acceder a este derecho, en razón de un interés colectivo.

La atención de la ILE en el sistema de salud y en el dispositivo del Centro de Salud

El sistema de salud constituye un actor de relevancia en la experiencia de aborto de una mujer. Lejos de procurar la atención en esta materia, su participación destacó a lo largo del siglo pasado por contribuir a la prohibición de la práctica y consecuentemente relegarla a la clandestinidad. Finalizando la primera década del siglo veintiuno, merced al activismo de sectores de la sociedad civil que bregaban por el aborto legal, y en una coyuntura política de mayor apertura al tema, tuvo lugar el fallo F; A.L. de la CSJN (2012) del cual se desprendió la primera edición del Protocolo (2015), instrumento rector para guiar la implementación de la ILE.

En CABA, la institucionalización de la ILE como política pública ocurrió en el año 2017, siendo el sistema público de salud su único garante. En la ejecución de esta política cobró un rol fundamental la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, integrada por trabajadores de la salud que, a modo de *insider activists*, expandieron el acceso a los abortos seguros y legales utilizando el aparato del Estado (McReynolds Pérez, 2017).

Si en la experiencia de aborto el rol del sistema de salud resulta determinante, en la experiencia de las mujeres que se realizaron una ILE deviene ineludible, puesto que es quien debe dar garantía a la práctica.

Sin embargo, tal como fuera dicho, el sistema de salud presenta complejidades. En él coexisten dos paradigmas en franca tensión: el modelo tradicional de atención, con una concepción biomédica de la salud, que considera a la mujer como objeto de atención y focaliza en su figura en tanto madre, y un modelo de atención integral, por el cual la salud es concebida en forma integral y la mujer como sujeto de derechos.

El dispositivo de ILE, como parte del sistema sanitario, estuvo atravesado por estas tensiones aunque propuso algunas rupturas con el paradigma dominante.

De acuerdo a lo expuesto, conocer la experiencia subjetiva de las mujeres que realizaron una ILE en el dispositivo del Centro de Salud considerado requiere atender a la ponderación que las mismas hicieron respecto de la atención brindada en dicho dispositivo y a los factores institucionales que condicionaron o facilitaron su experiencia, pero también precisa de ampliar la mirada a las experiencias vividas por dichas mujeres en el sistema de salud en general respecto de esta práctica y en la atención de otras prestaciones vinculadas a la ILE, tales como la provisión de métodos anticonceptivos, la ecografía y la atención por guardia.

El modelo tradicional de atención. Barreras y condicionantes previos al dispositivo de ILE

Para el modelo dominante en salud, con fuerte raigambre biologicista y paternalista, las mujeres son reducidas a su rol de madres o esposas e invisibilizadas en tanto personas y sujetos de derecho. Consideradas como meros agentes que sirven al cuidado de la salud de la población, las necesidades de las mujeres que son contempladas desde este paradigma se derivan de aquellas relativas a cumplir con los roles asignados por la división sexual del trabajo. López Gómez et al. (2003) refieren a dichas necesidades como *necesidades prácticas de las mujeres*, ante las que se erigen servicios de salud materno infantiles y de atención del embarazo, parto y puerperio, en contraposición a las *necesidades e intereses estratégicos*, que cuestionan la posición de subordinación de las mujeres en la sociedad.

Este modelo, denominado modelo tradicional de atención (López Gómez et al., 2003), interviene sobre el cuerpo de las mujeres mediante una operatoria de *ginecologización*, a partir de la cual éste es apropiado por el saber médico y reducido a su función reproductora (Nievas, 1999). Al mismo tiempo, ejerce un rol como normativizador de las emociones que una mujer debe experimentar ante determinados eventos tales como la primera ecografía, el parto y la lactancia materna, los cuales se espera sean transitados con felicidad (Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz, 2010).

En un sistema de salud organizado predominantemente bajo estas premisas, y en consonancia con una política pública inconsistente, es esperable que las experiencias subjetivas de las mujeres consideradas en este estudio hayan estado atravesadas por diversos obstáculos, en una o varias de las instancias previas a la consulta al dispositivo de ILE.

En efecto, ya desde el punto de inicio, relativo a la planificación del embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos, el sistema de salud presentó múltiples barreras. A pesar de contar con la Ley N° 25.673/2002 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que prevé entre sus objetivos la prevención de embarazos no deseados y el suministro de métodos anticonceptivos, este derecho resultó por momentos vulnerado. Dilaciones en la provisión debido a requerimientos administrativos o estudios médicos innecesarios, turnos espaciados en el tiempo, o directamente denegaciones fueron algunas de los impedimentos mencionados por las mujeres para la planificación del embarazo no deseado, por el que acudieron al dispositivo de ILE.

"Me cuidaba sólo con preservativo porque en mi obra social daban muchas vueltas para darme un método" (Camila, 28).

*“Quedé embarazada mientras me hacía los estudios para ponerme un DIU¹⁹” (Fernanda, 32).
“El ginecólogo me pidió estudios para darme los anticonceptivos y en ese lapso quedé embarazada” (Micaela, 27).*

La denegación de la ligadura tubaria, prevista específicamente en la Ley N° 26.130/2006, también apareció de manera sistemática entre las mujeres consideradas en el presente estudio, exponiendo a las claras el ideal maternal que reproduce este modelo de atención.

"Me dijeron que no porque no era mamá, porque soy muy joven" (Julia, 32).

"Me dijeron que no, que tengo una sola hija y soy muy joven" (Lili, 37).

"Te vamos a ligar las trompas siempre y cuando te hagamos cesárea. No te vamos a abrir sino", refirió Clelia, de 40 años, que le respondieron cuando consultó por la práctica.

Las consultas para la resolución de la ILE, previas a concurrir al dispositivo del Centro de Salud considerado, también encontraron escollos de diversa índole. La denegación de la práctica, generalmente acompañada de maltrato, ocurrió sobre todo en efectores privados o profesionales particulares, efectores públicos de otras provincias y, en menor medida, en algunos centros de salud del sistema público de CABA. No fueron pocos los casos en que tras la negativa, las mujeres recibieron por parte de los/as mismos/as profesionales el ofrecimiento de realizar un aborto de modo clandestino, con el consecuente lucro que esto suponía.

El rechazo a la ILE se observó también de manera indirecta, solapado bajo la insistencia normativizadora que el modelo de atención tradicional plantea respecto de un embarazo, frente al cual la única opción parece ser su continuación.

"Ayer acudí a un ginecólogo que sólo me recomendó tomar ácido fólico y buscar un obstetra, no me brindó información de ningún tipo a pesar que le expresé mi necesidad de no continuarlo y solicité al menos un chequeo posterior que me fue denegado" (Rocío, 25).

"Ahí empezó como una vorágine de ponerle nombre a cosas que a nosotros no nos interesaba. Yo fui muy clara en la Bazterrica, "nosotros necesitamos saber de cuántas semanas estábamos" y como que rápidamente: "al obstetra, a no sé qué quien, a recetarte ácido fólico, a felicitar a mi pareja", cosas, situaciones que en un primer momento fueron como un poco, muy avasallantes" (Marina, 28).

¹⁹ En *Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para Profesionales de la Salud* (2019) el Ministerio de Salud de la Nación explicita que no es necesario ningún tipo de estudio previo a la colocación de un DIU, con excepción del examen ginecológico bimanual y especuloscopia.

También fue palpable en las indicaciones deliberadamente erróneas que fueran impartidas por un ginecólogo particular para disminuir la eficacia del procedimiento (Cf. p. 51).

La pervivencia de interpretaciones restrictivas respecto de las causales habilitantes para la ILE, ligada a una política pública difusa en la materia, constituyó una barrera más en el ejercicio de este derecho. En el mejor de los casos, se brindó a las mujeres consejería en reducción de riesgos y daños mas no se garantizó la ILE, la cual fue finalmente concretada en el dispositivo del Centro de Salud considerado.

“Tu caso no está encuadrado en ILE”, refiere Nora de 39 años que le dijeron en un efector público de salud de la CABA.

“Antes fui al cesac x, no me dieron receta, me mandaron a farmacias y no me vendieron, me ofrecieron comprimidos en mercado negro” (Agustina, 22).

A Zulema, de 19 años, le brindaron consejería ante un embarazo producto de una violación por parte de su novio, que no había sido considerada como tal por los profesionales del centro de salud al que concurrió previamente.

El acceso a la ILE también se vio obstaculizado por barreras económicas, sobre todo en aquellas mujeres que provenían de otras provincias donde el Estado no proveía el misoprostol de modo gratuito. Tal es el caso de Tatiana (24), que antes de acudir al dispositivo ILE consultó en un efector de salud cercano a su domicilio en Tigre, donde se le brindó receta e información para realizar la práctica de modo seguro y legal, pero no la medicación.

Por último, la realización de la ecografía confirmatoria del embarazo, estudio solicitado para la primera consulta en el dispositivo, fue frecuentemente mencionado como un momento generador de angustia.

“El momento de la ecografía fue muy violento” (Rafaela, 28).

“Me hicieron ver el monitor y escuchar los latidos”, refirió Eliana, de 26 años, muy angustiada.

Respecto de esto, Szwarc y Fernández Vázquez (2018) señalan la centralidad que adquiere el momento de la primera ecografía en la experiencia de aborto, no sólo porque representa la confirmación del embarazo, sino también porque contribuye a la asimilación del feto en tanto bebé y de la mujer como una futura madre. Montes Muñoz, Martorell Poveda, Conti Cañada y Jiménez Herrera (2009) explican cómo desde el saber biomédico la decodificación de las imágenes ecográficas, -sombras en una pantalla-, y de los sonidos, y su traducción

antropomorfizada, coadyuvan a la humanización del feto y a darle identidad en tanto persona. Asimismo, este proceso conlleva la implícita prerrogativa acerca de las emociones de felicidad y alegría que una mujer debe expresar ante la visión fetal en la primera ecografía (Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz, 2010).

De acuerdo a lo anteriormente expresado, es posible concluir que el recorrido que las mujeres realizaron hasta llegar al dispositivo de ILE estuvo atravesado por múltiples obstáculos y barreras ligados a la dominancia del modelo tradicional de atención, enfocado en satisfacer las *necesidades prácticas de las mujeres*, es decir, aquellas relativas a cumplir con los roles asignados por la división sexual del trabajo (López Gómez et al., 2003). De este modo, desde el acceso a un método anticonceptivo para la planificación del embarazo o a la ILE propiamente dicha, hasta la realización de una ecografía, fueron instancias permeadas por la normativización que el modelo sanitario imprime en el cuerpo y en la subjetividad femeninas, respecto de la reproducción del ideal maternal y de la consecuente anulación de la mujer como sujeto de derechos.

El proceso de atención en ILE desde el dispositivo del Centro de Salud

Tal como fue oportunamente mencionado, la política pública de ILE en CABA presentó algunas inconsistencias, en particular, en materia de difusión sobre el marco legal que asiste a las mujeres, sobre las responsabilidades del sistema de salud y respecto de los equipos existentes destinados a garantizar la práctica de manera legal, segura y gratuita. En este sentido, gran parte de las mujeres que concurrió al dispositivo de ILE del Centro de Salud, lo hizo por referencia de conocidas, amigas, organizaciones feministas o sitios de internet. Sólo una minoría llegó por algún canal oficial, que no correspondía a CABA, como la línea telefónica gratuita del Programa de Salud Sexual del Ministerio de la Nación, o por otro efector de salud mediante derivaciones informales.

“Nos generó un poco de bronca que esto esté tan escondido. Agradezco que me crucé en la vida con gente que se cruzó en la vida con gente que de boca en boca me hizo llegar esta información. Sino yo estaba perdidísima” (Florencia, 31).

El desconocimiento acerca de las responsabilidades del sistema de salud en materia de la ILE, sumado a experiencias infructuosas o de maltrato en otros efectores, y la vigencia de un paradigma prohibicionista, llevaron a que muchas consultaran con temor a ser retadas, juzgadas

o maltratadas. En contraste, lo que experimentaron tras la primera consulta al dispositivo, llevada a cabo por psicólogas, fue alivio y contención.

“me sentí súper contenida, todo muy claro. No sé, viste en ese momento como que se te pasan un montón de cosas por la cabeza... si iba a ser juzgada. Y no, no me pasó nada. Capaz que fueron como miedos que tenía que yo y en el momento nada de eso pasó” (Paula, 39).

“Sentimos una contención inmediata, desde el primer correo hasta la primera entrevista. Obviamente en el correo ya se siente el trato, la amabilidad, el respeto con el que manejan todo, pero uno siempre tiene esa desconfianza a flor de piel, de ver cuan cierto es en el momento de estar cara a cara. Pero inmediatamente fue tal cual, fue como un alivio haber llegado a ese lugar, para los dos, porque realmente fue un lugar muy contenedor, desde el respeto absoluto, en ningún momento ninguno de los dos nos sentimos incómodos ni como decirlo, ni persuadidos para tomar una decisión. Todo lo contrario, comodidad y respeto es el estandarte de la sensación. Y contención” (Florencia, 31).

Al respecto de esto, Carril y López plantean (2010, p. 31):

La relación profesional de la salud – mujer usuaria es una pieza clave en la calidad de atención de los servicios de salud. La calidez en el trato, el respeto por la integridad física y moral, la valoración de la capacidad, autonomía y dignificación de la usuaria y el fortalecimiento de su condición de sujeto de derechos, son aspectos sustantivos para garantizar servicios integrales en salud sexual y reproductiva, que redunde en mejores resultados y en el encuentro entre la demanda de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto y la respuesta de los servicios de salud.

La provisión del misoprostol por parte del sistema de salud también conllevó alivio, no sólo por la gratuidad de la medicación sino también por la seguridad de la misma.

“Está bueno, porque otro lado te cobran una suma y después no sabés cómo vas a quedar. Y sí, cuesta un montón. Por eso yo pienso si te dan un remedio que no es y vos pagás un montón de plata, y uno piensa si vas a quedar bien o no, si te va perjudicar. Cuando contactamos yo me quedé super tranquila y mi amiga también, así que contenta y agradecida también de encontrar un equipo que la verdad que ayuda mucho” (Graciela, 37).

El contar con seguimiento médico tanto en la consulta previa como posterior al procedimiento, fue valorado positivamente, a excepción de algunas mujeres, como ya se mencionó, que hubieran necesitado contar con éste también durante la realización del mismo.

La claridad en la información, la contención y el buen trato recibidos generó que en algunos casos la resolución de la ILE, lejos de constituir una clausura, resultara en una oportunidad para

la continuación de la atención de la salud. Así, muchas mujeres prosiguieron consultando al equipo en razón del cuidado anticonceptivo y ginecológico.

“Ahora sigo con ella en contacto. Me puse el implante anticonceptivo y ahora a fines de febrero la vuelvo a ver. Pero sí, estamos en contacto y bien” (Sandra, 23).

No obstante, también es dable señalar que una gran cantidad de mujeres, una vez concretado el aborto en domicilio, no volvió a las consultas de control, quizás por haber cesado la urgencia subjetiva que el embarazo no deseado imponía, una vez concretada su interrupción.

Si bien el trato con el equipo médico fue mayormente señalado como positivo, dos situaciones expresaron la pervivencia de un modelo tradicional de atención al interior mismo del dispositivo, quedando las mujeres, en estas ocasiones, subsumidas a una operatoria de *ginecologización* (Nievas, 1999) que las anulaba como sujetos de derecho y como seres integrales.

“con la médica en una primer sesión me está contando cómo me tengo que cuidar, por qué no me cuidé, cómo fue que terminaste en esta. Así lo sentí. Que esa fue por otra residente que estaba, y que yo me acuerdo patente que la miré y le dije ‘si querés lo hablamos cuando todo esto termine, y me podés ayudar a cuidarme mejor, pero en ese momento preguntarme cómo pasó esto a mí no me sirve’. Yo sentía que era un latigazo, que seguramente la pifíé, porque soy una mina con privilegios, con un montón de cosas, y quedé embarazada sin quererlo, y fue una responsabilidad mía, pero en ese momento no sumaba. Me di cuenta que lo que necesitamos como mujeres es acompañamiento desde la empatía. No desde el juzgamiento, no ayuda. Ya va a haber momento para eso si la persona desea” (Marina, 28).

“Cuando me pusieron el DIU, fue apresurado, como que el criterio fue ‘va a volver embarazada otra vez en un mes’” (Romina, 38).

La atención por guardia, ante una eventual complicación durante el procedimiento, fue poco requerida. Por tratarse de un dispositivo del primer nivel de atención, las situaciones de urgencia eran referidas a las guardias de hospitales generales públicos o privados con medidas de cuidado previas. En este punto, desde el dispositivo se indicaban guardias “amigables”, se proporcionaba una copia del consentimiento informado con el cual la mujer podría acreditar que se encontraba bajo un protocolo de interrupción legal del embarazo, se reforzaba el marco legal y los derechos a la ILE por el modelo de causales, etc. Sin embargo, pese a estas

precauciones, las vivencias de muchas de las mujeres en contexto de guardia redundaron en el maltrato inherente al modelo de atención tradicional.

“La médica de guardia del Argerich me llamó asesina” relató angustiada Maia, de 21 años.

Asimismo, Rafalea de 26 años, quien debió concurrir a una guardia por una hemorragia, y quedó internada, comentó las situaciones de violencia obstétrica que allí padeció:

“En el hospital el trato fue extraño, como no había anestesista tenía que ir avisándole a la doctora cuando me dolía mucho y frenaban con el procedimiento. Y la situación en general, el suero, las mujeres gritando, pariendo, y todas esas cosas me angustiaron un poco”.

La atención recibida por el equipo del dispositivo de ILE fue generalmente bien ponderada por las mujeres, quienes destacaron la contención recibida y el alivio que representó para ellas contar con información clara, seguimiento médico y medicación segura y gratuita para realizar el procedimiento. Fueron pocos los casos que manifestaron malestar, en su mayoría por situaciones que excedían al dispositivo de ILE, -como por ejemplo la falta de acompañamiento médico durante el procedimiento ambulatorio, o el maltrato en la atención por guardia-, y en menor medida por tensiones coexistentes al interior mismo del dispositivo entre un modelo de atención integral y un paradigma de atención tradicional.

Conclusiones

El sistema de salud ocupa una función imprescindible en el acceso a la ILE, siendo éste su único garante. No obstante ello, la dominancia de un modelo tradicional en salud, sumado a una política pública difusa e inconsistente en la materia, llevó a que las mujeres consideradas en este estudio tuvieran que sortear diversas barreras para lograr concretar la práctica de manera legal, segura y gratuita. En efecto, tanto el acceso a métodos anticonceptivos para la planificación del embarazo no deseado, como la realización de la primera ecografía y el intento de resolver la ILE en otros efectores, resultó en algunos casos un camino minado de obstáculos, incidiendo de manera negativa en la experiencia subjetiva para el acceso a esta práctica.

La llegada al dispositivo del Centro de Salud considerado, tras este derrotero plagado de impedimentos, tampoco fue facilitada debido a la falta de información oficial sobre la existencia de los equipos abocados a la garantía de la ILE ni del marco legal que amparaba a las mujeres. Fueron otras mujeres, organizaciones sociales o internet las fuentes más frecuentes que orientaron a sus congéneres a consultar al espacio, sin claridad acerca de cuál iba a ser la respuesta ofrecida ni las responsabilidades en tanto efector de salud. En ese sentido, la incertidumbre, desconocimiento y temor a ser juzgadas, fueron sentimientos frecuentes con los

que las mujeres se enfrentaron a la primera consulta con el equipo, que desaparecieron ante el buen trato, contención y respeto brindados, generando alivio y tranquilidad. Del mismo modo, el contar con información clara, seguimiento médico y medicación segura y gratuita para realizar el procedimiento, conllevó alivio.

En líneas generales, la atención recibida por el equipo del dispositivo de ILE fue bien evaluada por las mujeres, siendo excepcionales los casos que manifestaron algún malestar. Si bien en su mayoría estos estuvieron vinculados al maltrato en la atención por guardia o a la falta de acompañamiento durante el momento de realización del procedimiento, -cuestiones que excedían las posibilidades o competencias del dispositivo-, también se mencionaron situaciones ocurridas al interior mismo del dispositivo por las que, a modo de resabios del modelo tradicional de atención, las mujeres se sintieron avasalladas y anuladas como seres integrales y sujetos de derecho. Sobre esta cuestión y sobre el mejoramiento de la adherencia a la consulta de control post procedimiento, se erigen dos puntos de mejora atendibles para el dispositivo de ILE.

Consideraciones finales

El presente estudio pretendió conocer la experiencia subjetiva de las mujeres que realizaron una interrupción legal de su embarazo en el dispositivo de ILE del Centro de Salud del sistema público sanitario de CABA, donde esta investigadora se desempeña como psicóloga.

A diferencia del acervo teórico y de la mayoría de las investigaciones nacionales que se hallaron sobre la temática de aborto inducido, esta tesis buscó dar cuenta de las experiencias de aborto legal que fueron asistidas por el sistema de salud de acuerdo al modelo de causales para la ILE que, si bien en CABA logró un mayor grado de consolidación respecto de otras jurisdicciones, presentó falencias en su implementación. En este sentido, este trabajo se propuso historizar las políticas del país en el abordaje de esta problemática, poniendo en evidencia su labilidad y su grado heterogéneo de cumplimiento, deteniéndose en las particularidades que adquirió en CABA y en el dispositivo de ILE considerado.

Asimismo, y a la luz de las vicisitudes que la política pública sobre la materia presentó, se buscó enfocar en la subjetividad de las mujeres que realizaron la ILE, atendiendo a los significados, sentimientos y conocimientos desplegados a lo largo de dicha experiencia, al rol de su red social significativa y a la ponderación que ellas efectuaron respecto de los factores institucionales y socio subjetivos que la condicionaron o facilitaron.

Si bien se circunscribió a un periodo previo a la sanción de la Ley N° 27.610/2020 que regula el acceso a la IVE, se considera que las conclusiones obtenidas en la presente tesis pueden constituir un insumo para la implementación de las políticas públicas en torno a la IVE, por lo que al final de estas conclusiones se esbozarán algunas propuestas orientadas a atender las *necesidades estratégicas de género* en el acceso a este derecho (López Gómez et al., 2003).

La experiencia subjetiva de las mujeres que realizaron una ILE se inició con la noticia del embarazo. En el capítulo alusivo, se describió cómo el modelo de atención propuesto desde el dispositivo produjo condiciones de audibilidad para que los significados y sentimientos que les generaba el embarazo que buscaban interrumpir, pudieran ser dichos, en contraposición al modelo tradicional de atención en salud, reproductor del imperativo materno y normativizador de las emociones asociadas a la maternidad. Lejos de ser connotado como un momento pleno y gozoso, se halló que este fue significado como un embarazo no deseado, por constituir un evento inesperado, por representar un trauma o un castigo o por ser rechazado y vivenciado como ajeno. En todos los casos, el embarazo generó malestar psíquico e impactó a nivel subjetivo, produciendo alteraciones en el ánimo, sensación de pérdida de integridad personal, sentimientos de autocastigo y/o de frustración en torno al futuro.

Frente al malestar y conmoción sobrevenidos tras la noticia del embarazo no deseado, el aborto apareció en todos los casos como la única forma de poner fin a dicho padecimiento. Tal como fuera descrito en el correspondiente capítulo, la decisión de abortar fue clara desde un inicio en la mayoría de las mujeres y desencadenó una búsqueda activa para encontrar una respuesta lo más rápidamente posible. En este sentido, se consideró el concepto de urgencia subjetiva para explicar el apremio por “resolver” el malestar subjetivo producto del embarazo, que, sumado a la falta de información sobre el marco legal y sobre los equipos de ILE existentes, llevó a que muchas mujeres recurrieran a abortos clandestinos e inseguros antes de dar con el dispositivo. La llegada al dispositivo de ILE fue azarosa. Las mujeres generalmente arribaron de manera fortuita sin claridad alguna de los derechos que las asistían ni tampoco de las obligaciones del sistema sanitario, y con el temor a ser juzgadas, maltratadas o denunciadas, sentimientos alimentados por discursos prohibicionistas difundidos en parte por los medios masivos de comunicación y resultantes de una política pública inconsistente. Si bien encontrarse con el equipo del dispositivo que garantizaba el aborto de manera legal, segura y gratuita de acuerdo al marco normativo, generó alivio, no todas las mujeres pudieron comprender acabadamente el marco legal, perviviendo la sensación, aún después de haber realizado la ILE, de haber hecho algo “contradictorio” o “ambiguo” legalmente.

En cuanto a las razones que motivaron la decisión de interrumpir el embarazo, se hallaron diferencias entre mujeres más atadas a patrones tradicionales de género, y aquellas que por su pertenencia de clase y/o por su nivel educativo, tuvieron mayores oportunidades de planificar sus proyectos de vida y de acceder a prácticas gratificantes, distintas a la maternidad. Para las primeras, el aborto permitió cumplir con tareas de cuidado familiar. Para las otras, constituyó un acto de libertad.

Entre algunas de las mujeres del primer grupo, se observaron sentimientos disonantes en cuanto a la decisión de abortar, vinculados a valores conservadores y creencias religiosas que entraron en contradicción con las condiciones de posibilidad para afrontar una gesta y/o crianza. En este punto, las mujeres resolvieron por la interrupción, anteponiendo un juicio más pragmático que moral pero no libre de culpa o estigma, sentimientos que en ocasiones volcaron hacia otras mujeres que también decidieron abortar.

Las mujeres que sufrieron violencia sexual generalmente no invocaron la causal violación como argumento. Se conjeturó que esto respondió a la inadecuación entre la experiencia de violencia vivida y la *imagen en bloque* (Hercovich, 1993) acerca de qué es socialmente legitimado como violación, la cual invisibiliza violencias intra pareja y otras formas de coerción limitantes de la

posibilidad de brindar consentimiento respecto de tener relaciones sexuales y/o de los cuidados anticonceptivos. La consulta al dispositivo de ILE permitió desnaturalizar y resignificar como tal la violencia acontecida. En algunas mujeres, la ILE se inscribió como un intento de poner fin a la relación.

En relación al procedimiento en sí, gran parte de las mujeres tenía conocimiento acerca del misoprostol como método abortivo. Las dudas e inquietudes más frecuentes referían a su eficacia, -atribuibles a experiencias infructuosas de abortos clandestinos con presuntamente misoprostol-, a la seguridad del método, y a su autoadministración en domicilio sin acompañamiento profesional. Tras ser despejadas estas inquietudes en la primera consulta, la mayoría adhirió al procedimiento ambulatorio. Unas pocas mujeres fueron derivadas para realizar la ILE en contexto de internación por no sentirse en condiciones de autoadministrarse la medicación, mientras que otras optaron por resolver en privado mediante una AMEU.

Durante la realización del procedimiento, muchas mujeres refirieron haber experimentado fuertes dolores, acompañados de los efectos secundarios esperados. En pocos casos, las dudas y temores acerca de si el procedimiento funcionó o si marchaba de acuerdo a lo previsto, no pudieron esperar a la consulta de control con el equipo y necesitaron ser resueltos en lo inmediato, a través de la consulta a una guardia o profesional, o a incluso del seguimiento de una socorrista. Algunas mujeres se sintieron descuidadas y abandonadas por el sistema de salud por no contar con acompañamiento profesional durante la colocación del misoprostol. Sin embargo, la mayoría transitó el procedimiento positivamente, -destacando su simpleza y la intimidad que posibilitó el uso domiciliario-, y sin necesidad de concurrir a la guardia.

Tras el procedimiento, el sentimiento que sobrevino con más frecuencia fue el de alivio. Muchas mujeres recobraron la sensación de bienestar e integridad personal, afectados tras la noticia del embarazo no deseado. Asimismo, en algunos casos, el haber podido decidir ante un embarazo no deseado, contribuyó al autocuidado, al fortalecimiento de la autonomía y a la reafirmación subjetiva.

Las redes sociales significativas jugaron un rol fundamental en la experiencia de quienes realizaron una ILE. En el capítulo sobre las redes de apoyo, se destacó que fueron otras mujeres las que llevaron a cabo con mayor frecuencia un rol de ayuda y cuidado, aún cuando las protagonistas contaban con pareja continente y responsable. Fue la red femenina la que generalmente referenció al dispositivo, brindó apoyo, ayuda material y/o acceso a recursos en alguna instancia del proceso, estableciéndose un tejido de redes sororas que continuó hilvanándose por aquellas que, tras haber realizado la ILE, asistieron a otras mujeres en similar

situación. Se conjeturó que la sistemática presencia de mujeres obedecía a la consideración del aborto como una experiencia eminentemente femenina. Sin embargo, también podría responder a la asignación de las tareas de cuidado que por la división sexual del trabajo recae en las mujeres. En cuanto a los varones, genitores del embarazo no deseado, las funciones desempeñadas fueron muy heterogéneas. Por un lado, quienes participaron responsablemente del proceso, brindando apoyo, ayuda y/o acceso a recursos en función de las necesidades, deseos y derechos de las mujeres, fueron sobre todo integrantes de vínculos de pareja estables. Ellos acompañaron en diferentes instancias, aunque desde un lugar secundario, aún en la toma de decisión. Por otro, se observó una gran proporción de varones, -parejas ocasionales, pero también estables-, que desistieron del vínculo ante la noticia del embarazo o ante la decisión de la ILE, desresponsabilizándose de la situación y dejando a la mujer con una carga de gran angustia. En situaciones de violencia de género, muchas mujeres optaron por mantener en secreto el embarazo y/o su decisión, como una estrategia de autocuidado y autopreservación. Aquellas que participaron a sus parejas, fueron amenazadas con ser denunciadas, lo cual no impidió que sostuvieran su decisión, pero sí que lo hicieran con angustia y temor.

Por último, se destacó el rol de las organizaciones del socorrismo, por ser una instancia frecuente a la que las mujeres recurrieron en busca de ayuda para abortar de modo seguro, y quienes en muchas ocasiones las referenciaron al dispositivo de ILE del Centro de Salud. En cuanto a las movilizaciones recientes por la IVE, no se recabó información concluyente que pudiera señalar cómo estas incidieron en sus experiencias subjetivas en la concreción de la ILE, aunque se presume su impacto en quienes argumentaron su decisión basada en la idea de que la maternidad debiera ser elegida. Sin embargo, sí pudo rastrearse cómo el haber atravesado la experiencia motivó el involucramiento de muchas mujeres en las luchas colectivas por acceder a este derecho.

El vínculo con el sistema de salud, organizado predominantemente bajo un modelo tradicional de atención, planteó un camino minado de obstáculos y barreras no sólo en el acceso a la ILE, sino también en la atención de otras prestaciones asociadas, tales como la provisión de métodos anticonceptivos para la planificación de embarazos, la realización de la primera ecografía y la atención por guardia. La vulneración de derechos y el maltrato recibidos en estas instancias señalaron la pervivencia de un paradigma sanitario, patriarcal y normativizador de la maternidad, que contempla únicamente las *necesidades prácticas de las mujeres* en función del rol que la división sexual del trabajo les asigna, esto es, en tanto cuidadoras, madres y esposas (López Gómez et al., 2003).

En línea con lo anterior y en consonancia con una política pública difusa, el acceso al dispositivo de ILE no resultó facilitado. La falta de difusión oficial acerca de la política pública en CABA, fue suplida por otras mujeres, organizaciones sociales o internet, que orientaron a las mujeres a consultar al espacio, sin claridad acerca de cuál iba a ser la respuesta ofrecida ni las responsabilidades en tanto efector de salud. En ese sentido, la incertidumbre, desconocimiento y temor a ser juzgadas, fueron sentimientos frecuentes con los que las mujeres se enfrentaron a la primera consulta con el equipo. Sin embargo, el modelo de atención integral que orienta el quehacer del dispositivo, el buen trato, la contención y respeto brindados, generaron alivio y tranquilidad. Del mismo modo, la posibilidad de contar con información clara, seguimiento médico y medicación segura y gratuita para realizar el procedimiento, conllevó alivio.

En líneas generales, el proceso de atención en ILE fue bien evaluado por las mujeres, quienes se mostraron muy conformes y agradecidas por el desempeño y buen trato del equipo del dispositivo de ILE. No obstante, puntuales situaciones de malestar referidas por algunas mujeres coinciden en señalar la operatoria de *ginecologización* (Nievas, 1999) a la que fueron sometidas de manera involuntaria, como expresión de un modelo de atención tradicional que persiste pese a los intentos de ruptura.

Si bien las conclusiones obtenidas en el presente estudio se circunscriben a la ILE por situarse en un periodo previo a la sanción de la Ley N° 27.610/2020, las voces de las mujeres que aquí fueron consideradas, -protagonistas indiscutibles del proceso-, posibilitaron reconstruir sus experiencias subjetivas en la realización de la ILE, atendiendo a los significados, sentimientos y conocimientos desplegados, a la función e impacto de las redes sociales significativas y a la ponderación respecto de la atención brindada por el sistema de salud y por el dispositivo de ILE y los factores institucionales que la condicionaron o facilitaron. La sanción de la Ley de IVE constituye un hito fundamental que impactará sin dudas en la experiencia subjetiva de las mujeres que decidan interrumpir un embarazo. Sin embargo, la efectivización e implementación de una política pública en IVE que contemple a la mujer en su integralidad plantea aún serios desafíos, máxime para un modelo sanitario tradicionalmente patriarcal y biologicista. En este sentido, se acercan las siguientes propuestas que se espera puedan contribuir a este propósito.

A nivel de las políticas públicas:

- Desarrollar estrategias de comunicación destinadas a población en general para la difusión de los alcances de la Ley, de las responsabilidades del sistema de salud y

socializar vías institucionales de acceso a los equipos tales como la línea de Salud Sexual del Ministerio de Salud de la Nación, o implementar nuevas en el caso de CABA.

- Rever los contenidos que sobre la temática circulan en los medios masivos de comunicación para favorecer lo antedicho.
- Implementar en el primer nivel de atención del subsector público la tecnología de AMEU, como una alternativa gratuita y segura al misoprostol, para quienes no cuentan con condiciones físicas, materiales o subjetivas para la realización domiciliaria del procedimiento.
- Procurar desde el sistema sanitario acompañamiento domiciliario profesionalizado a quienes soliciten contar con este recurso en el caso de realizar una interrupción con misoprostol, de manera de no sobrecargar a las mujeres de la red social significativa que prestan estos cuidados. En este sentido, se cuenta con el acervo y experiencia de la red de socorrismo, con quienes podría plantearse una articulación formal desde el Estado para cumplimentar esta tarea.
- Desarrollar actividades de capacitación y sensibilización desde una perspectiva de género y derechos, destinadas a personal de salud, en particular ecografistas y profesionales de guardias, en vistas a esclarecer las responsabilidades del sistema de salud en relación a la IVE/ILE y promover un trato digno y respetuoso hacia las mujeres y personas gestantes.
- Revisar la analgesia sugerida por protocolo para la interrupción con misoprostol.
- Promover la formación en perspectiva de género y derechos en los equipos de IVE/ILE así como en el abordaje interdisciplinario de la temática, de manera de centrar la atención en la subjetividad de la mujer y en las *necesidades estratégicas de género* (López Gómez et al., 2003).

En cuanto al equipo del dispositivo de ILE del Centro de Salud, resulta imperioso rever todas aquellas prácticas que pudieran corresponderse con un modelo tradicional de atención, al tiempo que favorecer una mayor adherencia de las mujeres a la consulta de control post aborto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, L.E. (2003). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. *La mirada cualitativa en sociología* (2da ed.). Madrid, España: Editorial Fundamentos.
- Amuchástegui, A., Flores, E. y Aldaz, E. (2015). Disputa social y disputa subjetiva: Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *Revista Estudios de Género. La Ventana*. 41, 153-195.
- ANDHES, CDD, Asociación Lola Mora, CEDES, CELS, CEDEM, ... DAWN. (2018). *Cuarto Informe de Argentina al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Acceso al Aborto en Argentina*. <http://repositorio.cedes.org/handle/10665/4439>
- Barbera, N. y Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12 (2), 199-205.
- 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 maestría]. FLACSO, Buenos Aires, Argentina. <http://www.prigepp.org/tesis.php>
- Blázquez Rodríguez, M. y Montes Muñoz, M.J. (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegi*, 14, 81-92.
- Bonder, G. (1999). Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. En S. Montecino y A. Obach (Eds.). *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas*. Santiago, Chile: Ediciones LOM.
- Borda, L. y Spataro, C. (2018). El chisme menos pensado: el debate sobre aborto en Intrusos en el espectáculo. *Sociales en debate*, 14, 146-178.
- Burin, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Material elaborado para Fac. Psicología UBA

http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1

Burton, J. (2017). De la comisión al socorro: trazos de militancia feminista por el derecho al aborto en Argentina. *Descentrada*, 1(2).

Cabaña, M.M. y Fuentes, I.N. (2019). Desde una política de la urgencia subjetiva hacia alguna estrategia y táctica posibles. En Muzlera, S. y Torres, J. (comps.). *Experiencias de extensión universitaria de la Facultad de Psicología* (91-108), Mendoza: Universidad del Aconcagua.

Carril, E. y López, A. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización: Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1 (2), 1 - 32.

CEDES, ELA y REDAAS, (2018). *Las cifras del aborto en la Argentina*. Hoja Informativa.

Citernes, A., Dubini, V., Uglietti, A., Ricci, E., Cipriani, S., Parazzini, F., y Italian Aogoi Study Group on Violence on Women (2015). Intimate partner violence and repeat induced abortion in Italy: A cross sectional study. *The European journal of contraception y reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 20(5), 344–349. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.992516>

Código Penal de la Nación. Ley N° 11.179 de 1921. 29 de octubre de 1921 (Argentina)

Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS (2020). *Informe Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires*. Ministerio de Salud GCBA.

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012), Caso “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, expediente F 259/2010, sentencia del 13/3/2012. <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>

- Dosso, D. (2013). Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. *Perspectivas Bioéticas*, 34, 75-93.
- Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18 (1), 113-129.
- Fernández Vázquez, S. S. (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 16 (1), 87-98.
- Fernández, A.M. (2006). *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fernández, A.M. y Tájér, D. (2006). Los abortos y sus significados imaginarios: dispositivos políticos en los cuerpos de las mujeres. En S. Checa (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Flores Pérez, E. y Amuchástegui Herrera, A. (2012). La Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal. *Género y Salud en Cifras*. México: Centro de Equidad de Género y Salud reproductiva.
- Franco, J.V.A. y Volij, C. (2020). Nuevo protocolo para la interrupción legal del embarazo en Argentina. *Revista Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 23 (1). <http://evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/4269>
- Grimberg, M. (2002). VIH-SIDA, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH. *Cuadernos Médico-Sociales*, 82, 43-59.

- Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2011). *Embarazo no deseado, continuación forzosa del embarazo y afectación y afectación de la salud mental. Documento de posición*. Colombia. Disponible en <http://clacaidigital.info/handle/123456789/441>
- Guevara Ruiseñor, E. S. (2005). La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. *Desacatos*, 17, 33-56. Disponible en <https://doi.org/10.29340/17.1056>
- Guzmán, V. (2003). Gobernabilidad democrática y género, una articulación posible. *Serie Mujer y Desarrollo*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Hercovich, I. (1993). De la opción “sexo o muerte” a la transacción “sexo por vida”. En Fernández, A.M. (comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias* (63-84). Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Jelin, E. (2010). La autoridad patriarcal y los procesos de individuación. *Pan y afectos: la transformación de las familias*. Buenos Aires/México: Fondo de Cultura Económica.
- Johnson, C. (2018). Ni la pareja, ni la familia, ni la Iglesia deciden por mí: La experiencia del aborto en mujeres católicas. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 28, 51-70. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.28.04.a>
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/e*, 11(3), 192-204.
- López Gómez, A., Beina, W., Contera, M. y Güida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva: Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.
- Maroto Vargas, A. (2010). Al amparo de la noche: Abortos clandestinos y salud mental. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(44), 65-75.
- Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.

- Maure, G. (2017). Saber biomédico y división sexual/racial/colonial del trabajo: Relatos de experiencia de trabajadoras agrícolas bolivianas. En Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Brasil.
- McReynolds Pérez, J. (2017). Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(2).
- Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 8(1), 9-32.
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (2da. ed.) Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo_ile_2019-2a_edicion.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). *Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para Profesionales de la Salud*. Argentina.
- Monte, M.E. (2016). Aborto, derecho y política sexual en Argentina. *Bordes. Revista de Política, Derecho y Sociedad*. <http://revistabordes.com.ar>
- Montes Muñoz, M.J., Martorell Poveda, M.A., Conti Cañada, M.J. y Jiménez Herrera, M.F. (2009). Tecnología medica en el embarazo: Usos y representaciones. *Perifèria. Revista de recerca i formació en antropologia*, 11(2).
- Nievas, F. (1999). *El control social de los cuerpos*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2da ed.) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>
- Organización Mundial de la Salud (2014) *Constitución de la OMS*. (48a ed.) <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Cambio en la relación sanitaria, el modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro*. Uruguay.
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M. y Capriati, A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la Ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 12, 164-197.
- Pistani, M. L., y Ceccato, M. (2014). Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad. *Revista Argentina De Psiquiatría*, 25(117), 363-369.
- Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. *Revista Margen*, 66, 106-117.
- Rabbia, H.H. y Sgró Ruata, M.C. (2014). Posiciones sobre aborto en Argentina: De la Conferencia Episcopal a las opiniones de los/las ciudadanos/as católicos/as. *Política y Sociedad*, 13 (26). <http://dx.doi.org/10.5007/2175-7984.2014v13n26p195>
- Ramírez, C., García Domínguez, M. y Míguez Morais, J. (2005). Cruzando Fronteras: Remesas, Género y Desarrollo, *Documento de Trabajo: INSTRAW*
- Ramón Michel, A. y Ariza, S. (2015). *Manual de capacitación para implementar el aborto por causal violación en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: CEDES, REDAAS. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4302>
- Ramón Michel, A. y Ariza, S. (2018). La legalidad del aborto en la Argentina. *Serie Documentos REDAAS*, 9.
- Ramos, S.; Straw, C.; Viniegra, M.; Almada C.; Schneider, M. y V. Pesce (2018). Barreras y facilitadores en las trayectorias de mujeres con cáncer de mama usuarias de hospitales públicos. *Revista Argentina Salud Pública*, 9, 14-21.

- Ramos, Silvina. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios demográficos y urbanos*, 31(3), 833-860.
- Rosenberg, M. (2010). Sobre el aborto no punible. En Congreso de Países del Mercosur sobre bioética y derechos humanos, Derecho a la Salud. Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia. Llevado a cabo en Buenos Aires.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Souza Minayo, M.C. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial
- Szulik, D. y Zamberlin, N. (2020). La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 34, 46-67. <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.04.a>
- Szwarc, L. y Vásquez, S. (2018). Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya: tiempos e intervalos durante el proceso de aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 28, 90-115. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.28.06.a>
- Tesoreiro, V. (2019). La Marea Verde como nuevo actor político: Cambios en el movimiento feminista argentino. *Rev. Plaza Pública*, 12 (22), 101-107.
- Torres Carrillo, A. (2006). Subjetividad y sujeto: Perspectivas para abordar lo social y lo educativo. *Revista Colombiana de Educación*, 50, 86-103.
- Vaggione, J. M. (2014). La politización de la sexualidad y los sentidos de lo religioso. *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*, 24(42), 209-226.
- Vaqui Rodríguez, S y Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9-16.

- Vitorelli Diniz Lima Fagundes, K., Almeida Magalhães, A., dos Santos Campos, C.C., Garcia Lopes Alves, C., Mônica Ribeiro, P., y Mendes, M.A. (2014). Speaking of Participant Observation in qualitative research in the process of health-illness. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 75-79. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100016>
- Zamberlin, N. (2007). El aborto en la Argentina. *Hoja informativa CEDES/FEIM/IPPF*, 3. Buenos Aires.: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3586>

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de la consulta

Fecha:

DATOS FILIATORIOS

HC:	DNI:
Apellido:	Nombre:
Edad:	Fecha de nacimiento:
Localidad:	Obra Social:
Teléfono:	Mail:
¿Cómo llegó?	

DATOS DEL EMBARAZO

FUM:	Ecografía:
MAC:	
Embarazos previos:	Abortos previos:
Grupo y factor sanguíneo:	Gammaglobulina:

ENTREVISTA DETERMINACIÓN CAUSAL

CAUSAL: Riesgo de vida Violación Salud Integral

CRITERIOS (salud integral)

<i>Aspectos psíquicos</i>	<i>Aspectos sociales</i>
Sufrimiento psíquico por dx de malformación fetal y/o embarazo de riesgo	Impacto negativo en proyecto de vida
Antecedentes de patología mental en el posparto	Situación económica insuficiente y/o de dependencia
Sufrimiento psíquico por embarazo no planificado / no deseado / forzado	Situación y/o condiciones de trabajo precarias
Situación produce dolor psicológico y sufrimiento mental asociado con pérdida de integridad personal y autoestima	Dificultades habitacionales
Puede desencadenar actos autoagresivos	Falta de red psicosocial para el acompañamiento del embarazo
Sufrimiento psíquico por el momento vital particular	Dificultades en la organización familiar para la crianza y/o embarazo
Atraviesa el embarazo como situación traumática	Migración reciente (condiciones provisorias de vivienda, falta de red local, dificultades en el acceso a documentación, objetivo de la migración)
La continuidad del embarazo puede constituir un factor de precipitación de un trastorno o patología mental / puede actuar como factor de consolidación de enfermedad crónica (cronificación o secuelas)	Dificultades en el acceso a MAC (mala información, falta de oferta, dificultades en acceso a efectores, etc.) Situación de violencia de género

OBSERVACIONES / DERIVACIONES / FUTURAS LÍNEAS DE ACCIÓN

Anexo 2: Guía de entrevista

1. La idea es reconstruir con vos tu experiencia en torno al ILE. ¿Cómo te enteraste que estabas embarazada? ¿Cómo te sentiste al enterarte del embarazo? ¿Lo hablaste con alguien? ¿Con quién? ¿Estabas utilizando algún método anticonceptivo?
2. ¿Cómo fue que tomaste la decisión de interrumpir el embarazo? ¿Lo conversaste con alguien? ¿Qué pensabas del aborto en ese momento?
3. ¿Cómo llegaste a la consulta con el equipo de ILE? ¿Habías consultado antes en otros lugares?
4. ¿Cómo dirías que fue el proceso de atención que recibiste por parte del equipo? ¿Con qué expectativas llegaste y con qué sensaciones te fuiste?
5. ¿Cómo fue el momento en que hiciste el procedimiento? ¿Recordas cómo te sentiste antes/durante/después del procedimiento? ¿Te acompañó alguien? ¿Tuviste alguna complicación? ¿Necesitaste ir a la guardia? Si sí, ¿cómo fue la atención por guardia?
6. ¿Asististe a la consulta de control? Si dice que no preguntar por motivos. ¿Accediste a algún MAC? Preguntar por motivos si dice que no. Si dice que sí preguntar por cual y por qué razón. ¿Ahora estás utilizando algún MAC?
7. En toda esta experiencia, ¿cuales fueron los factores que te ayudaron en tu decisión? ¿Cuáles fueron los obstáculos con los que te encontraste?
8. ¿Qué pensabas del aborto antes de hacer la ILE? ¿Qué pensás ahora? ¿Cambió algo en vos?
9. ¿Cambió algo en tu vida tras realizar la ILE?
10. ¿Esta fue la primera vez que realizaste un aborto? Si dice que no, explorar diferencias con la ILE.
11. ¿Cuáles son para vos las responsabilidades que tiene el sistema de salud en relación al tema?
12. Si fueras ministra de salud, ¿qué cambios o recomendaciones harías en relación a la atención de ILE?

Anexo 3: Consentimiento Informado

Usted ha sido invitada a participar en el estudio: “Interrupción legal del embarazo (ILE) y subjetividad. Estudio cualitativo con las mujeres que asistieron al dispositivo de ILE de un centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre 2017 y 2020”.

El mismo es realizado por la Licenciada Mariana Kielmanovich en el marco de su tesis de Maestría en Género, Sociedad y Políticas que ofrece la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde su Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

El objetivo de este estudio es conocer las experiencias de las mujeres que acceden a la Interrupción legal del embarazo, atendiendo a los significados, sentidos y emociones singulares que este proceso implica para cada una de ellas. A partir de sus resultados, se espera mejorar las prácticas de los equipos de ILE y contribuir a la producción científica sobre el tema, desde la perspectiva de sus protagonistas.

Su participación es completamente voluntaria, no implica ningún beneficio económico ni gasto para Ud.

Cada entrevista se realizará en un encuentro de aproximadamente media hora.

- La entrevista será llevada a cabo virtualmente por el canal y formato más cómodo para Ud. Será grabada y registrada en papel. Tiene derecho a retirarse de la entrevista en cualquier momento, aún después de haber dado su consentimiento, sin necesidad de expresar las razones de su decisión. Puede no responder a ciertas preguntas si así lo prefiere. Estas decisiones serán respetadas. Si al finalizar la entrevista decide no participar, sus datos no serán utilizados.

- Todas sus respuestas serán completamente confidenciales y sus datos personales (nombre, apellido u otros con los que pueda identificarse) no aparecerán en los registros, las publicaciones ni los informes de la investigación. Se garantiza el resguardo de su buen nombre y honor en el uso de la información obtenida a través de las entrevistas. La totalidad de los datos serán codificados, es decir, se le asignará un número y ya no se usarán sus datos personales. Tampoco será publicada su grabación, ni total ni parcialmente.

- Podrán acceder a los registros de las entrevistas dentro de esta investigación: la investigadora, la directora de tesis, e integrantes del Comité de Ética en Investigación del Hospital Tornú.

- Tiene derecho a la revisión de los documentos relacionados con la investigación, tales como desgrabación de entrevistas, informes intermedios y final, y a corregir la información contenida en los mismos antes de su publicación.

Si tiene dudas acerca de esta investigación, puede contactar a:

Mariana Kielmanovich Teléfono: 1551495057 Mail: marianakielmanovich@gmail.com

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital Tornú, se encuentra conformado por un grupo especializado en resguardos éticos y derechos de los participantes en investigaciones relacionadas con la salud. Si tiene dudas acerca de su participación en este estudio, puede contactar al CEI al 4521-1236 INT. 305 o al mail: eticahospitalornu@gmail.com

HOJA DE FIRMAS

He leído atentamente el texto y se me garantizó el espacio para realizar las preguntas necesarias sobre el estudio, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. Comprendo el objetivo de la investigación, que se desarrollará según lo detallado anteriormente.

Firma del participante Aclaración DNI Fecha

Firma del Investigador Aclaración DNI Fecha

Agradecemos mucho su participación.

Se firman dos ejemplares del mismo tenor. Uno para el/la participante y otro para el archivo de la investigadora