

El abordaje de la Interrupción Legal del Embarazo como política de cuidado en el marco de la pandemia por COVID-19



*Mercedes Contreras, Samanta Romero,
Lucía Cabrol y Claudia Iriarte**

Resumen

El presente artículo pretende compartir una experiencia de trabajo en el acompañamiento y abordaje de situaciones de interrupción legal del embarazo, en el marco de la pandemia por COVID-19, desarrollada desde la Asesoría en Salud Sexual Integral del Hospital San Martín de La Plata.

En un primer momento se comparte un trabajo de sistematización principalmente cuantitativa, que da cuenta de los avances institucionales en el abordaje de la problemática en términos de consolidación de respuesta estatal.

Por otro lado, se ofrecerán reflexiones respecto de las particularidades de la inserción de trabajo social en el campo de la salud desde un ángulo histórico que permite caracterizar y comprender las coordenadas del escenario actual.

* Mercedes Contreras: Licenciada en Trabajo Social (UNLP). Integrante de la Asesoría en Salud Sexual Integral. HIGA San Martín, La Plata.
Samanta Romero: Licenciada en Trabajo Social (UNLP). Integrante de la Asesoría en Salud Sexual Integral. HIGA San Martín, La Plata.
Lucía Cabrol: Licenciada en Trabajo Social (UNLP). Residente integrante. Asesoría en Salud Sexual Integral. HIGA San Martín, La Plata.
Claudia Iriarte: Médica. Integrante de la Asesoría en Salud Sexual Integral. HIGA San Martín, La Plata.

Por último, se comparten algunas ideas que se desatan a partir del Informe de Trabajo presentado en el mes de mayo ante autoridades hospitalarias y ministeriales, respecto de las particularidades de la interrupción del embarazo en el marco de la pandemia. Desde allí también, la reflexión sobre las apuestas, aciertos y jerarquización profesional que, como una política de cuidado integral en el marco de procesos de Salud Colectiva, ha significado para el trabajo social.

Estas reflexiones apuntan globalmente a problematizar las propias dinámicas del campo de la salud, para ofrecer lecturas de complejidad del mismo que nos orienten en el sentido de continuar construyendo estrategias de disputas de sentido sobre el aborto en particular, y la salud en general que tengan las discusiones de los feminismos como guía para la intervención y para las transformaciones necesarias.

Palabras clave

ILE - campo de la salud - trabajo social

La producción de información como momento estratégico

La Asesoría en Salud Sexual Integral (en adelante ASSI), es un dispositivo que funciona en el Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín de La Plata desde hace 20 años. Se trata de un espacio gestado y que depende del Servicio de Trabajo Social, en una larga trayectoria de apuesta a la construcción colectiva de un equipo interdisciplinario que brinde un abordaje integral de la problemática del aborto y la salud sexual en general.

La Asesoría se ha constituido como el espacio privilegiado para la recepción y atención hospitalaria de las personas que solicitan Interrupción Legal del Embarazo¹ a partir de 2018, dedicándose casi exclusivamente a la implementación del *Protocolo para la atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo* (Ministerio de Salud, 2019), y durante 2020 atendiendo las indicaciones de la Resolución N° 577/2020 y protocolo específico indicado por el Ministerio de Salud² para el marco de la pandemia por COVID-19.

El flujo general de atención consistió en entrevistas de recepción y evaluación de causales, indicación y explicación de uso y riesgos del Misoprostol de modo ambulatorio o acompañamiento para internación, evaluación telefónica inmediata y control posaborto con ecografía y entrevista de elección de

1 Interrupciones legales del embarazo permitidas por el artículo 86 del Código Penal Argentino y estandarizadas por Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (Provincia de Buenos Aires, actualización 2020).

2 Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a interrumpir el Embarazo y el Acceso a Métodos Anticonceptivos, en el marco de la Pandemia por Coronavirus. Resolución N° 577/2020.

método anticonceptivo. Para ofrecer esta atención, se trabaja de modo articulado con los Servicios de Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio, Hemoterapia, Ginecología, Obstetricia y Salud Mental.

En particular, durante 2020, se han realizado grandes avances en términos de atención integral a la problemática, promoviendo las adecuaciones que el contexto de pandemia exigió y fortaleciendo los acuerdos internos necesarios para avanzar y garantizar el derecho al aborto permitido por el Código Penal.

Es importante destacar que el aumento de las consultas ya recibidas en 2019, y el contexto de pandemia hizo visible la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario completo³ y permanente para dar respuesta a la gran cantidad de consultas recibidas, siendo que hasta el momento solo se contaba con una profesional de planta trabajadora social, con apoyo de residentes y otras disciplinas en días acotados.

Las características actuales del dispositivo ponen de relieve la construcción histórica del trabajo social en el hospital, dando cuenta de un paso de la profesión subsidiaria al discurso biomédico, incluso excluida de las definiciones de salud hegemónicas a lo largo de la historia que, desde prácticas situadas pero constantes, han alcanzado un protagonismo disciplinar de envergadura en perspectiva histórica.

El dispositivo, entonces, se caracteriza por haber ido ampliado su oferta de atención en consonancia con las demandas del movimiento de mujeres y disidencias en general, pero también, por la construcción de un discurso instituyente en la institución hospitalaria que disputa permanentes sentidos sobre lo saludable, la accesibilidad, los derechos, el rol del Estado y el respeto por la soberanía de los cuerpos, en particular.

En ese sentido, la producción de información cuantitativa respecto de las intervenciones implementadas durante el año 2020 persiguió dos grandes objetivos, aunados por el propósito y horizonte de la jerarquización profesional en el marco institucional:

- Disputar sentidos institucionales a partir del cuestionamiento de mitos asociados a la práctica del aborto.
- Promover un mayor compromiso de les profesionales implicades que redunde en una accesibilidad integral para les usuaries del dispositivo.

Para alcanzar los mismos, se trabajó con una estrategia cuantitativa a partir del análisis de datos contenidos en las historias clínicas propias de la ASSI. Este trabajo implicó en primera instancia, la definición de las variables que mayormente se orientaban al cumplimiento de tales objetivos, teniendo como marco la histórica constitución del campo de la salud desde un discurso hegemónicamente biomédico. En un segundo momento, la tarea de sistematización implicó el trabajo con una base de datos construida específicamente para tales fines y la elaboración de las estadísticas resultantes.

³ Trabajo social, medicina general y psicología.

En la producción de información se optó por compartir dos apartados: una caracterización de la población en términos sociodemográficos, y un análisis del funcionamiento del dispositivo a partir del primer turno, entendiendo que este relato favorecería el acercamiento a los objetivos mencionados.

1) Características generales de la consulta

Durante el año 2020, se recibieron un total de 386 consultas en la ASSI, lo que significa un aumento del 25% con relación a 2019, y de 349% con relación a 2018.

Las primeras hipótesis sobre este gran aumento de las consultas se vinculan con la mayor circulación de información respecto del protocolo vigente, así como mayor aceptación social de la cuestión del aborto promovida por el movimiento de mujeres y disidencias, que llega a organizaciones sociales, redes barriales y vinculares e incluso entre el personal hospitalario, sobre todo a partir del debate legislativo de 2018.

En particular, el aumento de las consultas en el marco de la pandemia evidencia dos cuestiones:

- La vinculación directa entre las condiciones de vida y la decisión sobre matenar, atendiendo a las consecuencias materiales y subjetivas del aislamiento social preventivo y obligatorio.
- La importancia y magnitud de los acompañamientos de colectivas feministas que, ante las restricciones del ASPO, redirigieron la mayoría de sus acompañamientos a organismos estatales.

Las mujeres han llegado a la Asesoría mayoritariamente por información que circula en redes informales (vínculos cercanos afectiva o territorialmente, organizaciones sociales, difusión de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, redes feministas de acompañamiento, y otras instancias), siendo el 60% del total de consultas. De todos modos, el porcentaje de derivación de otros efectores de salud (23.8%) y las derivaciones internas del hospital (13.2%) constituyen una gran cantidad de consultas si evaluamos los circuitos informativos integralmente.

En el Informe de Trabajo 2019, hemos asegurado que la ASSI presentaba internamente un proceso de gran reconocimiento. Sin embargo, para el año 2020 se considera haber alcanzado un proceso de consolidación institucional que permite mejorar los circuitos de trabajo interservicios.

En relación a la caracterización sociodemográfica de la población atendida, puede decirse que se trata en su mayoría de mujeres,⁴ adultas, argentinas, sin obra social y en condiciones de precariedad/informalidad laboral.

4 Tomamos esta definición a partir del género autopercebido por las consultantes, que en un 100% lo hacen como mujeres.

De las mujeres atendidas durante 2020 (386), los datos refieren que el 33% corresponde al rango de edad 22 a 26 años, seguido por el rango de 27 a 31 años con 21%, lo que representa un total de 54% de mujeres consultantes entre 22 a 31 años, con un promedio de edad en 27 años. Es de resaltar, entonces, que las personas que se acercan a la Asesoría son mayoritariamente mujeres adultas, lo que por un lado desmitifica ciertas ideas sobre la práctica del aborto en adolescentes, asociadas a la irresponsabilidad o a la recurrencia al aborto como práctica sistemática. Pero, además, si incluimos que la decisión de materner o no hacerlo se encuentra absolutamente atravesada por estereotipos e imposiciones culturales propias del patriarcado, resulta alentador reconocer que en la edad en que se espera socialmente que las mujeres concreten un proyecto de maternidad, existe la posibilidad de cuestionar el mismo poniendo en valor sus propios deseos, pudiendo apelar a los espacios de autonomía para decidir. En este sentido, la Asesoría se constituye en un espacio privilegiado para garantizar el acceso a prácticas seguras, mediando la escucha y el acompañamiento necesarios para identificar su deseo.

Respecto de la cantidad de hijos, el 38.6% no tiene hijos previamente, y el 25.6% tiene solo un hijo, lo que refuerza la idea de cierto cambio sociocultural respecto de la composición de las familias y una mayor autonomía en la decisión de cuándo y cuántos hijos tener. Estos datos reflejan, nuevamente, que la decisión de tener o no hijos siempre está sujeta a proyectos de vida y situaciones particulares, que pueden modificarse en el tiempo y de esa forma influir diferencialmente en la toma de decisiones de las mujeres.

Por otro lado, la cantidad de abortos previos refleja también, la responsabilidad asumida para evitar embarazos no deseados, siendo que el 84,5% (326 mujeres) no había realizado nunca una interrupción del embarazo, y el 13,5% (52 mujeres) sí lo hicieron. Además, se demuestra que la desestigmatización de la práctica a nivel social ha favorecido que se acerquen al sistema de salud en su primera consulta. Con esto, se advierte que no se trata de más número de abortos en el sistema público, sino que existe mayor referencia para hacerlo en un contexto seguro, cuestión que sin duda nos enorgullece.

Respecto del uso de métodos anticonceptivos, las estadísticas nos brindan como dato central que el 52,8% (204 de 386 mujeres), refieren haber utilizado algún método anticonceptivo previo a este embarazo que desean interrumpir. Sin embargo, al notar que se trata de un número muy elevado frente a las tasas de falla esperadas, se decide comparar con qué tipo de método se utiliza. Se verifica que el 31,3% refiere utilizar preservativo y el 15,8% ha utilizado anticonceptivos orales, con lo que se detecta y concluye que lo que se repite en las consultas es un mal uso de los métodos, combinado con las tasas de fallas habituales esperadas.

Por otra parte, debemos incorporar a este análisis que el uso de preservativo como método anticonceptivo implica una responsabilidad compartida que cuesta considerar desde los propios estereotipos de género que responsabilizan solo a las mujeres de los cuidados respecto de la salud sexual. En ese sentido, es necesario considerar esto como una instancia de cuidado que al momento de la escucha permita detectar posibles situaciones de violencia sexual que no estén siendo reconocidas como tales, y para fortalecer desde la intervención, la reflexión sobre este punto.

Los datos reflejan entonces que más de la mitad de las consultantes han intentado evitar este embarazo y que el mal uso de los métodos anticonceptivos tiene que ver principalmente con la falta de información clara, completa y comprensible sobre la correcta utilización.

2) Sobre el funcionamiento del dispositivo

Para iniciar, puede decirse que las consultas por ILE siempre presentan una complejidad particular a desarmar, que implica necesariamente un abordaje interdisciplinario para orientar y acompañar integralmente la situación. De esa manera, no siempre la consulta culmina con la interrupción del embarazo.

En general, la consulta por aborto es siempre compleja debido a la fuerte influencia de valores sociales, culturales y religiosos que presionan y esencializan la posibilidad de ser madre como un éxito subjetivo. Además, a pesar de contar con protección legal, el aborto ha sido históricamente criminalizado penal y socialmente. Por lo tanto, la toma de decisión frente a un embarazo no deseado suele acarrear sentimientos de culpa, estigmas, angustia y temor tanto por el proceso concreto de interrupción, como por las consecuencias penales y sociales. Por otro lado, el sistema de salud se ha caracterizado históricamente por ser expulsivo y violento frente a estas situaciones, por lo que la desconfianza e incertidumbre son muchas veces motivo de la dilatación en las consultas, así como de la realización de prácticas inseguras.

Además de cuestiones particulares de la posición y posibilidades de las mujeres consultantes, la resolución de cada situación se encuentra siempre atada a cuestiones institucionales que es necesario considerar y evaluar en cada momento.

Otro factor que caracterizó las consultas tuvo que ver con el propio ASPO, cambiando rotundamente las condiciones en las que las mujeres se acercaron y sus posibilidades de resolución de la situación: los efectos psicológicos del aislamiento, la imposibilidad de trasladarse, los temores por restricciones y accionar policial, el aumento de las múltiples expresiones de la violencia machista, la necesidad de compartir información con personas que no lo harían en la habitualidad, las tareas de cuidado generalmente exclusivas y temporalmente indefinidas, los miedos frente a la posibilidad de contagio en caso de concurrir a guardias, las dificultades económicas, entre otras situaciones lamentablemente comunes, que fueron profundizadas (Contreras y Mendoza, 2020).

Avanzando entonces, podemos compartir que, en 2020, de las 386 mujeres consultantes, 336 fueron enmarcadas como situaciones de Interrupción Legal del Embarazo, acorde a las causales establecidas en el Código Penal.

Ante esta caracterización de la situación se pueden ofrecer tres reflexiones:

- Se evidencia un acercamiento directo a solicitar asesoramiento para la interrupción del embarazo. Aunque no todas las situaciones han finalizado con un ILE, la posibilidad de interrumpir

el embarazo y consultar al sistema de salud es un hecho constatable, a pesar de la poca claridad respecto de la normativa de causales.

- Este dato se encuentra en sintonía con el aumento de consultas por ILE a nivel provincial, siendo que durante 2020 se han duplicado las solicitudes de ILE en la línea 0800 Salud Sexual nacional, en detrimento de otras consultas posibles a la línea, como consta en el Informe de Gestión 2020 de la Dirección de Equidad de Género en Salud, MS PBA.
- Se infiere que la consulta por ILE se vincula directamente con el trabajo sostenido de los equipos por ampliar, argumentar y fundamentar el acceso a la práctica por la causal salud integral. Según el mismo Informe de Gestión, el 97% de las ILE se han enmarcado en la causal salud integral.

Asimismo, de las consultas por ILE (336 mujeres), se brindaron diferentes respuestas institucionales: 274 mujeres resolvieron su interrupción de manera ambulatoria, 16 fueron derivadas, 16 consultas de primer trimestre se resolvieron con internación, y fueron 30 las resueltas en el segundo trimestre de gestación.

Es evidente aquí el protagonismo de las resoluciones ambulatorias: en la estadística provincial de 2020 se evidencia que los hospitales de segundo nivel resuelven el 77% de las consultas de modo ambulatorio (Ministerio de Salud, 2020). En nuestro caso, alcanzamos el 81.5%, lo que resulta auspicioso para considerar que el acercamiento de las mujeres es temprano, a pesar de los obstáculos generales de acceso. Esto mismo en el marco de la efectividad y celeridad de los equipos para la resolución.

Sin embargo, este indicador nos invita a preguntarnos por el organigrama de esta prestación acorde a la complejidad. Siendo que la cantidad de ILE ambulatorios realizados representa el 81,5% de las consultas, es imperioso preguntarse por la política local/municipal para la atención de situaciones que podrían resolverse en el primer nivel de atención, apostando por una atención territorial en el marco de la APS.

Este dato, se combina con la edad gestacional al momento de la consulta por ILE, donde el 56,2% se dieron entre la semana 7 a 9.6, y el 23,6% entre la semana 10 a 12.6, dando un total de 79,8% de consultas antes de la semana 12.6. Solo el 11,9% de las mujeres se acerca al dispositivo con 13 semanas de gestación o más.

Considerar la edad gestacional al momento de la consulta nos permite valorizar que el tratamiento más adecuado y seguro para la resolución de la interrupción del embarazo es el tratamiento ambulatorio con Misoprostol y es efectivamente el que nos encontramos ofreciendo.

Se mantiene al igual que en 2019, la semana 10 de gestación como promedio en la indicación y entrega de la medicación, cuestión a valorar entonces que frente al aumento de consultas, las vicisitudes del ASPO y la restricción de la atención sanitaria por la pandemia de COVID-19, la Asesoría continúa ofreciendo un abordaje eficiente y eficaz que garantiza el acceso al derecho y reduce las complicaciones asociadas a la práctica.

El 2020 fue el primer año en el que se resolvieron en esta institución la mayoría de las situaciones de segundo trimestre, y este “triumfo” se dio luego de la presentación de estadísticas 2019, lo cual refuerza que es una estrategia pertinente en este campo.

Al desglosar la información se puede decir que del total de ILEs realizadas, 30 situaciones fueron de 2T (9,3%), de las cuales: 13 situaciones se resolvieron entre la semana 13 y 15.6 (4,7%), 8 entre la semana 16 a 18.6, 6 entre la semana 19 a 21.6 (2,9%) y 3 de más de 22 semanas (1,0%).

Con estos avances institucionales, es central reconocer que este hospital es referencia para derivaciones de efectores de primer nivel de atención, habiendo resuelto situaciones en avanzadas edades gestacionales,⁵ lo que lo ubica como un efector privilegiado para estas derivaciones regionales, pero fundamentalmente como una institución que garantiza integralmente este derecho.⁶

Respecto al tiempo de resolución de estas situaciones, desde la presentación del informe realizado por el equipo de la ASSI, hasta el momento de la efectivización de la misma a cargo de los equipos de ginecología y obstetricia, se estipula un promedio de 2.3 días. Esto da cuenta de la dinamización en el proceso de atención, que ha resultado del diálogo sostenido y la articulación con el servicio de ginecología y obstetricia, quienes acompañan directamente el proceso en estas situaciones.

Cabe destacar que, del total de situaciones, 6 se enmarcaron como causal violación, mientras que 24 se construyeron dentro de la causal salud integral, de las cuales 3 tuvieron que ver con complicaciones genéticas, cuestión que retomaremos más adelante. Además, y con seria centralidad, casi en la totalidad de los casos solicitaron y accedieron a un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria, y en su mayoría, de larga duración, como lo indica la Resolución N° 577/2020.

Por otro lado, se trabajó respecto de la atención posaborto, dado que se considera un momento de suma importancia desde el punto de vista médico como subjetivo. Por un lado, porque permite comprobar la efectividad del procedimiento y asegurarse el éxito del mismo, pero también porque es en este encuentro que se puede dialogar acerca del proceso subjetivo que ha significado la interrupción del embarazo, los sentimientos asociados a la práctica, retomar líneas de intervención desde la primer entrevista e incluso trabajar con mayor profundidad otros aspectos de su vida que suelen invisibilizarse por la necesidad imperiosa de interrumpir los embarazos en la primera consulta. Además, implica concretamente la posibilidad de ofrecer el acceso a un método anticonceptivo acorde a las necesidades y deseo de las mujeres.

En lo que respecta a complicaciones luego del uso de la medicación, de las 274 mujeres que practicaron ILE de manera ambulatoria en 2020, 237 de ellas (86,4%) no tuvieron complicaciones, y 15 (5,8%) debieron realizar una consulta ambulatoria en guardia, lo cual tampoco significa una complicación en sí misma, sino que han acudido al efector acorde a las pautas de alarma brindadas.

5 Seis situaciones fueron de más de 20 semanas de gestación.

6 Seis situaciones no corresponden al área programática del Hospital.

Por último, los datos arrojan que del total de 320 mujeres que llevaron adelante una ILE en el marco del dispositivo, ya sea de manera ambulatoria o con internación, 244 de ellas accedieron posteriormente a un método anticonceptivo, siendo el 76,3%, mientras que 63 de ellas no lo hicieron por diferentes motivos, y de 13 de ellas no tenemos datos certeros respecto a esta variable.

3) Reflexiones preliminares del informe

Este informe de trabajo arroja conclusiones cuantitativas de relevancia para continuar pensando y fortaleciendo el acceso a las interrupciones del embarazo, hoy legales gracias a la lucha del colectivo feminista que nos hemos diversificado y hemos ocupado los lugares institucionales necesarios para aportar estratégicamente en la lucha por este derecho.

Podemos compartir, entonces, que la Asesoría en Salud Sexual Integral es la principal puerta de entrada de las mujeres que solicitan este derecho y que como dispositivo hoy ocupa un lugar privilegiado y reconocimiento por todo el equipo de salud. Con los datos ofrecidos, damos cuenta que la Asesoría es un dispositivo de atención eficiente, eficaz, pero también de cuidado, compromiso y profesionalismo que garantiza una atención integral y sin riesgos.

Cuantitativamente es sumamente relevante retomar el gran aumento de consultas recibidas, acorde al contexto político y social en curso, pero también gracias a cada estrategia de difusión, a cada acompañamiento que se vuelve red entre mujeres, a cada participación en espacios regionales y ministeriales en los que compartimos el trabajo realizado.

Asimismo, con los datos ofrecidos se ha alcanzado el objetivo de la deconstrucción de mitos asociados a la práctica del aborto: las mujeres que se acercan son adultas, en procesos de reflexión sobre sus proyectos de vida, que sostienen prácticas de cuidado de su salud sexual pese a las barreras y obstáculos de acceso al sistema de salud.

Además, es imperioso dimensionar que todo este trabajo compartido se ha realizado en el marco de una crisis epidemiológica mundial y en un proceso de reorganización y fortalecimiento de todo el sistema de salud, para dar respuesta a una situación nunca antes vivida. En ese contexto, de cara a las complejidades, incertidumbres, adecuaciones institucionales y otros procesos, la Asesoría continuó y mejoró sustantivamente el proceso de atención. Esta característica, encuentra respuesta en el enorme esfuerzo y apoyo institucional que se ha dedicado al espacio, mejorando sistemas de derivación interna y aumentando toda la oferta de los recursos necesarios, agilizando mecanismos de gestión intersectorial, y en un compromiso de todos los servicios involucrados para alcanzar hoy estas conclusiones.

Este proceso pone de relieve haber alcanzado una consolidación institucional de calidad ofreciendo hoy no solo una política de atención a la situación del aborto, sino una oferta de cuidado integral de la salud, respetuosa de los deseos y fomentando la soberanía de todos los cuerpos gestantes, en el marco del peor contexto epidemiológico.

De atrás para adelante: trabajo social, campo de la salud y feminismos

El trabajo de sistematización compartido significa una apuesta profesional de relevancia en términos políticos que queremos dimensionar y continuar debatiendo en instancias de intercambio profesional: las preguntas sobre el ejercicio profesional en campos como el sanitario no deja de golpear la puerta.

En primera instancia, la decisión de construir el informe de trabajo precedente ha significado un enorme esfuerzo como equipo, validado por la importancia estratégica que significaría su producción. Pero, además, refleja años de construcción histórica que como disciplina no podemos ni debemos obviar.

El campo de la salud es un campo sumamente complejo, lo cual no es novedad, pero la situación de pandemia ha revitalizado discursos biologicistas, fragmentados, restringidos al sostenimiento mismo de la vida como bien social. ¿Qué vidas entonces? ¿Cómo disputamos que abortar en pandemia debe ser igual de prioritario que acceder a un hisopado?

Esta construcción, evidentemente, es anterior. No hubiera sido posible sostener espacios de asesoramiento y acceso a ILE sin el acumulado político que como profesión se viene haciendo en el campo de la salud.

¿Cuáles han sido? ¿Cuándo se modificó ese escenario? Claridad, o puntos esquemáticos, no podremos ofrecer. Podremos compartir una lectura de complejidad que sitúe algunos procesos concatenados, enlazados, que permitieron este presente. Tomaremos entonces, la perspectiva de análisis propuesta por Verónica Cruz (2020) para abordar cierta reconstrucción histórica:

la reconstrucción del proceso de institucionalización del Trabajo Social argentino reconoce la interrelación de tres campos: un campo intelectual o académico que tiende a hegemonizar la producción discursiva; un campo caracterizado por la práctica profesional propiamente dicha; y entre ambos, el campo estatal, de importancia sustantiva, dado su carácter estructurante. Y por otro, que la trayectoria del campo profesional se encuentra constitutivamente atravesada por las demandas que coloca la dinámica social, y por un orden normativo que emana del poder político (Cruz, 2020: 2).

Desde los primeros cuestionamientos a concepciones de salud ahistóricas y biologicistas, como el expresado por la OMS en 1948, las propuestas de la Salud Colectiva / Medicina Social latinoamericana han sido una primera puerta de entrada para disputar qué es salud en vinculación con la categoría de campo, acuñada por Pierre Bourdieu (1997).

La noción de campo ofrece las coordenadas para pensar la jerarquización del trabajo social en este espacio: como agentes que disputan poder, fuerzas que hacen uso de los capitales en juego para definir un problema, para transformar las estructuras institucionales (Spinelli, 2010).

Es Spinelli (2010) quien propone partir de esta definición para analizar el campo de la salud, instando al desuso de categorías estáticas que pretendan definirlo o comprenderlo como un sistema armónico, frente a la posibilidad de articular conflictos, acuerdos, consensos, hegemonías.

Desde estos planteos ya conocidos, es preciso pensar las particularidades de la profesión: en un ingreso al campo vinculada a la ejecución de prácticas promovidas por el higienismo a comienzos de siglo XX, con énfasis en la prevención de enfermedades desde la modificación de modos de vida desde un ángulo moral, con una condición de externalidad frente a decisiones médicas, entre otras particularidades. En este contexto histórico, hay una línea de continuidad que se mantiene hasta principios de este siglo: la maternidad. El abordaje de la maternidad (y decimos una, porque era la pretendida) fue eje de trabajo profesional durante décadas en el campo de la salud, y lo sigue siendo. El problema radica en qué maternidad: una obligatoria, establecida desde parámetros clasistas, heteropatriarcales y binarios.

Hay en los inicios una “reproducción de tareas asignadas a roles femeninos en ese tiempo histórico: la ayuda, el acompañamiento, la supervisión de las madres, la educación en valores morales feminizados, la realización correcta de su casi única función en la sociedad, ser madre” (Contreras, 2019: 8). Hay en esos abordajes un trabajo incansable para la

reproducción del *mito mujer-madre*, donde la función materna aparece como natural, y no así del orden de la cultura, reforzando el rol de la mujer-madre reproductora, la maternidad como identidad-destino, y aportando cuantiosamente al proceso de reproducción general del capital, aunque este proceso haya sido fuertemente invisibilizado (Contreras, 2019: 8).

Según un informe de rotación de una residente por el espacio de Asesoría en Salud Sexual, este tipo de intervenciones fueron solicitadas a nuestra disciplina hasta avanzado el siglo XXI: interconsultas frente a situaciones de embarazo adolescente, entendiéndolo como un problema en sí mismo, derivaciones de mujeres multíparas para el acceso (u ¿obligación?) a algún método anticonceptivo, mujeres a las que se detectara alguna ITS, entre otras situaciones cargadas de prejuicios, clasismo, sin absoluta perspectiva de género (Mendoza, 2020).

En esas demandas, puede observarse el impacto de las políticas e ideas del cambio de siglo, apostando a cierta regulación de la maternidad desde el ámbito público, bajo el paraguas de los derechos sexuales y (no) reproductivos que los feminismos venían impulsando desde décadas anteriores, acompañado desde comienzos de siglo, con una identidad renovada del Estado centrada en la protección de derechos.

Respecto del aborto, es ineludible citar algunas líneas al surgimiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto entre 2004 y 2005, con un carácter de movimiento social federal, heterogéneo y

cada vez más convocante en la pelea por instalar la cuestión del aborto como un problema de salud pública y de derechos humanos.

Podemos decir que cada una de las victorias legislativas asociadas a la protección y respeto de la sexualidad, sobre todo en el período 2003-2015, implicaron una gran acumulación de fuerzas, una construcción de hegemonía y consenso respecto del tema, que de a un tema por vez, nos permitieron alcanzar los logros actuales.

El primero de ellos dio inicio a una continuidad de normativas respecto de la salud sexual integral, se trata del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable creado por Ley N° 25673, pero también seguido de numerosas herramientas legales necesarias de recapitular: Ley N° 25929 de Parto Humanizado, Ley N° 26130 de Anticoncepción Quirúrgica, Ley N° 26485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Ley N° 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley N° 26618 de Matrimonio Igualitario, Ley N° 26743 Derecho a la Identidad de Género de las Personas, Ley N° 26842 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas, Ley N° 26862 Reproducción Médicamente Asistida.

Sin embargo, la propuesta de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo presentada por la campaña no fue siquiera tratada. Pero a pesar de eso, no se desestimaron las líneas de incidencia política, sino que se profundizaron: son muchos los hechos que demuestran cómo este gran actor colectivo articulado en la campaña fue poniendo en circulación en el discurso público los argumentos jurídicos, sanitarios, éticos, médicos y sociales que tuvieron la capacidad de producir alianzas. Una de esas estrategias de construcción de hegemonía, por ejemplo, es el fortalecimiento del argumento en el marco del derecho a decidir y dentro del campo biomédico, y no como opuesto al derecho a la vida, en una sociedad que aún no cuestiona totalmente el vínculo Iglesia/Estado (Rosenberg, 2020).

Por esta correlación de fuerzas, el período kirchnerista tiene avances y retrocesos en materia de política pública respecto del aborto: el análisis negativo concluiría que, como la interrupción voluntaria del embarazo no fue ni siquiera tratada en sesiones, a pesar de estar presentada por la campaña en numerosas oportunidades, este gobierno “no cumplió las expectativas” de los sectores “progresistas”. Y algo de eso es cierto, aunque la explicación histórica permite matizar discursos más extremos, situando las condiciones de posibilidad, los costos políticos frente a una sociedad que aún al día de hoy se encuentra dividida en su posición al tema.

Pero desde la hipótesis y la perspectiva teórica planteada no significa que no haya habido avances en cuanto a política pública ni construcción de consenso. Para dimensionar esto, es central reconocer, en el año 2005, una de las primeras manifestaciones públicas del ministro de Salud, Ginés González García, a favor del aborto, el posterior cruce con la Iglesia por su respuesta amenazante y la destitución del obispo de la mano del presidente. Este hecho, suscitó un apoyo masivo al ministro en diarios públicos por personalidades reconocidas y, posteriormente, la indicación protocolizada del ministro en la Guía de atención posaborto (2006), llamando a los equipos de salud a atender las situaciones de modo

desprejuiciado, descriminalizador, con confidencialidad y dignidad. Fue la primera vez que el Estado reconoce la morbimortalidad asociada y la clandestinidad de la práctica, y llama a atenderla en el marco de los derechos. Luego, en el año 2007, la provincia de Buenos Aires elabora el primer protocolo de aborto no punible, como respuesta a una nueva estrategia de presión que impulsó el feminismo: el litigio judicial acompañando estas situaciones que ya autorizaba desde 1921 el Código Penal.

Estos hechos abrieron las puertas para que sucedan dos cuestiones: el afianzamiento de la perspectiva de reducción de riesgos y daños entre el personal de salud y ciertas organizaciones, y el comienzo del cuestionamiento público y la participación de feministas en litigios por casos de aborto no punible.

Para el año 2012, tenemos nuevamente derrota y victoria: por un lado, la reforma del Código Civil deja por fuera la cuestión del aborto, pero la Corte Suprema de Justicia dicta un fallo histórico para la consideración de los abortos no punibles.

En el primer caso, se incluyen todas las normativas de avanzada sancionadas, con conceptualizaciones como “voluntad procreacional”, cambios en los regímenes familiares, fertilización asistida, salud mental, etc.; sin embargo, nunca estuvo dentro las posibilidades el debate respecto de la consideración del aborto como posibilidad. Diversos autores (Tabbush y otras, 2016; Rosenberg, 2020; Pecheny, 2016) y militantes señalan que este hecho no sucedió, debido principalmente a la existencia de armado político con una fuerte figura presidencial opositora al proyecto, por motivos ideológicos personales y por el cambio de relación con la Iglesia, a partir de la asunción de Bergoglio como Papa.

Sin embargo, la cúpula judicial, integrada incluso por la primera mujer declarada feminista, abre un camino ineludible con el Fallo FAL: establece y clarifica las causales de no punibilidad ya existentes desde 1921 tomando una conceptualización de salud de avanzada, desjudicializa el ANP, convoca a establecer protocolos de atención, y establece las responsabilidades institucionales en caso de no cumplimiento. En términos del alcance simbólico, este fallo es sumamente significativo, dado que termina con el paradigma judicial criminalizador de la cuestión de los ANP. Además, según Rosenberg (2020), este fallo aborda el problema ético de los ANP desde el punto de vista del daño causado a la mujer, oponiendo a los discursos que priorizaban la idea del “niño por nacer”. Marca, según la autora, el surgimiento de identidad de la mujer que recurre al aborto como una identidad posible de ser legitimada por el campo del derecho, y abrió las puertas para la publicación del primer protocolo de aborto no punible (2012).

Por último, en el año 2015 el Ministerio de Salud de la nación actualiza su protocolo, publicando el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE) retomando lineamiento actualizados de salud pública, derechos humanos reconocidos en el nuevo Código Civil, ampliando la interpretación de las causales y actualizando tratamientos médicos indicados. Sin embargo, nuevamente la correlación de fuerzas matizó esta situación de avanzada con poca circulación nacional del mismo, casi nula adhesión de las provincias, falta de reconocimiento formal ministerial. Políticamente no hubo publicidad ni difusión. Es evidente

que esto responde a la situación coyuntural explicada anteriormente, y a disputas internas del partido gobernante, a punto de disputar las elecciones.

Evidentemente, la sociedad argentina no estaba tan dispuesta a una igualdad que ubicara a las mujeres en el plano de la autonomía de decisiones respecto de su sexualidad. Dice Mario Pecheny: “El amor y la familia junto con la vida, han podido articularse a la demanda de matrimonio igualitario, pero aún no a la demanda del aborto legal” (2016: 136).

Sin embargo, para los feminismos y para el abordaje sanitario por parte de profesionales nucleadas en organizaciones nacionales, se tuvo en la mano una herramienta de disputa que permitió pasos importantes en la garantía de un derecho establecido en 1921 y obstaculizado por casi 100 años. Para trabajo social, se constituyen en una gran herramienta de legitimación de prácticas: son herramientas legales que permiten (aunque no garantizan), trabajar en la línea de exigir y garantizar el acceso a la salud sexual. Esto se materializa en las prácticas cotidianas, en un “uso” de categorías jurídicas por parte de las profesionales para avalar la direccionalidad de la intervención, para demandar en los espacios institucionales la realización de prácticas, acorde a los derechos garantizados (Contreras, 2019).

Es, entonces, en este contexto histórico que la profesión comienza a ocupar un lugar de relevancia en las llamadas consejerías pre y posaborto trabajando en perspectiva de reducción de riesgos y daños: promoviendo su creación, convocando a distintas profesiones a integrarlas, generando las articulaciones institucionales y territoriales necesarias, así como ejerciendo en cada intervención un proceso de disputa política de cuestionamiento de la maternidad obligatoria.

Reiteramos que es en este contexto que la profesión comienza a cuestionar aquella legitimidad originaria asignada en su incorporación al campo de la salud: valiéndose del feminismo como práctica política y utilizando de manera estratégica los avances legislativos, hay un giro profesional de invaluable relevancia que permite comprender por qué hoy nuestra disciplina es jerarquizada incluso por la corporación médica para garantizar el abordaje de las situaciones de aborto.

Pero, además, estos abordajes no solo expresan el mencionado enfoque de derechos, sino que las trabajadoras sociales han incorporado las perspectivas feministas como guía de intervención, para construir argumentos en sus intervenciones, para formular proyectos, para plantear demandas institucionales y ser escuchadas (Contreras, 2019). Este proceso, entonces, ha significado un serio salto cualitativo para la producción de autonomía, que requiere argumentaciones y propuestas que superen la dependencia y subordinación que presenta nuestra profesión en el ámbito de la salud a disciplinas médicas. “Pensar la autonomía equivale a pensar en el ejercicio responsable de la libertad, lo cual conlleva la capacidad tanto de dar respuesta a la pregunta del porqué de nuestras decisiones y acciones, como hacernos cargo de sus consecuencias” (Custo, 2009: 126, citado por Contreras, 2019).

Por otro lado, hay una dimensión organizativa que excedió el ámbito profesional/disciplinar y que fue fuente de estrategias, argumentos y poder: la articulación interdisciplinaria e intersectorial en la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, que bajo la consigna “Contás con nosotres”

comienza a trabajar en líneas de capacitación, promoción a la creación de consejerías, difusión de los protocolos, denuncias públicas ante avasallamiento de derechos, entre otras cuestiones de gran incidencia política para la sociedad en general, pero de transformación del campo de la salud.

En ese sentido, una de las grandes estrategias para la producción de autonomía profesional en consonancia interdisciplinaria con este núcleo de profesionales, ha sido la acción reflexiva respecto de la construcción de la “causal salud” para el acceso a las interrupciones legales del embarazo autorizadas por el Código Penal Argentino. Se ha apelado desde la disciplina a la construcción de argumentos que articulen de manera compleja las determinaciones sociales, psíquicas y biológicas, utilizando el anclaje de las proposiciones de la Salud Colectiva latinoamericana, así como las determinaciones que la perspectiva no solo de clase sino de género ha consolidado en el campo. De este modo, las “miradas integrales” sobre la causal salud son y han sido de gran protagonismo disciplinar.

Para dimensionar estos cambios radicales entonces, las palabras de Verónica Gago:

La potencia feminista refiere, sin dudas, a una teoría alternativa de poder. Potencia feminista significa reivindicar la indeterminación de lo que se puede, de lo que podemos. Es decir, que no sabemos lo que podemos hasta que experimentamos el desplazamiento de los límites que nos hicieron creer y obedecer (Gago, 2019: 9).

Desde la llamada “marea verde” de 2018 a la fecha, los hechos resultan más evidentes, cercanos, propios, íntimos y colectivos. Un proceso social de cuestionamiento feminista a todas las expresiones del patriarcado, en las calles y en las camas, como se dice.

El debate legislativo dejó también al descubierto que el sistema de salud no está en condiciones, en el mejor de los casos, de satisfacer las necesidades de salud (no) reproductivas de las mujeres, varones trans y otras personas con capacidad de gestar, ni de garantizar servicios de calidad (Fundación Soberanía Sanitaria, 2019: 1).

Sin embargo, a pesar de la derrota en el Congreso Nacional para la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2018, se observa una desestigmatización de la práctica a nivel colectivo que permeó las fronteras del campo de la salud: los feminismos han interpelado las bases y estructura del mal llamado sistema, ofreciendo nuevas conceptualizaciones y sentidos políticos respecto de los que se entiende por salud, cuidados, accesibilidad, soberanía, cuestionando binarismos y jerarquías epistemológicas imperantes.

En términos normativos, esta situación no fue desoída en la campaña electoral de 2019, concretizándose en una de las primeras medidas tomadas por el Frente de Todos, en 2020: la reinstitucionalización del Ministerio de Salud de la Nación y la promulgación de la actualización del Protocolo de ILE, frenado anteriormente por las internas del gobierno de la alianza Cambiemos. Además, el impacto simbólico, para quienes transitamos cotidianamente el campo, de contar entre sus precursores con varios de los representantes que escribieron los protocolos en la anterior gestión en primera plana: Vilma Ibarra y Ginés Gonzales García. Es con este protocolo y en este contexto que se trabaja hasta 2020, fecha en que es producido el informe compartido con anterioridad.

Sobre las particularidades de los abordajes en contexto de pandemia

En las conclusiones del Informe de Trabajo, decíamos que la Asesoría en Salud Sexual Integral ocupa un lugar de reconocimiento institucional, siendo un dispositivo de atención eficiente, pero también de cuidado, compromiso y profesionalismo que garantiza una atención sin riesgos. Además, que el masivo aumento de las consultas tuvo que ver con las redes construidas entre mujeres y personas gestantes en los territorios y en organizaciones, pero también con una estrategia de les profesionales que nucleadas en distintas organizaciones, desarrollamos un trabajo intersectorial de promoción del acceso a este derecho.

Concluimos también que alcanzamos los objetivos planteados en cuanto a la deconstrucción de mitos asociados a la práctica del aborto y la importancia de continuar construyendo un acceso real, sin discriminaciones ni violencias a los efectores de salud.

Nos queremos detener en trabajar algunas especificidades y debates del equipo en relación con la particularidad del trabajo en el marco de la pandemia por COVID-19. Decíamos en el informe que todo este trabajo se dio en el peor contexto epidemiológico, en contexto de una gran reorganización del sistema de salud que implicó mayor dedicación y esfuerzo institucional para garantizar la respuesta estatal: condicionadas por las incertidumbres, los desencuentros personales, las tareas de cuidado familiar, el encierro y el aislamiento, el miedo a los contagios, etc. Es también en este contexto que tuvimos uno de los mayores avances respecto de la respuesta estatal a la problemática del aborto, la cual es la resolución de situaciones de segundo trimestre, con celeridad y trabajo en equipo, un imposible al que aún no podíamos ofrecer respuestas.

Pudimos continuar ofreciendo no solo una atención interdisciplinaria a la problemática del aborto en primer trimestre, sino una oferta de cuidado integral de la salud, respetuosa de los deseos y fomentando la soberanía de todos los cuerpos gestantes, incluso en avanzadas edades gestacionales.

Pero, como quisimos transmitir en el artículo, no se trata solo de un equipo, sino de un conjunto de transformaciones que el feminismo, como movimiento heterogéneo, ha logrado permear en las rígidas paredes del campo de la salud. En ese sentido, entendemos que hay un crecimiento en términos de

legitimidad y jerarquización profesional, pero dado gracias al conjunto de estrategias y alianzas que se han sabido construir en las últimas décadas.

En primera instancia, habilitar desde esa construcción la consulta por aborto en los efectores públicos de salud, trae muchísimas consecuencias en términos políticos y epistémicos: la consulta por aborto cuestiona en sí misma la división histórica entre salud/enfermedad a la que la medicina hegemónica quiere dirigirse. La persona que consulta por una ILE no está enferma, no solicita una cura, sino que solicita el apoyo necesario para tomar una decisión sobre su vida. Y esta posición es novedosa para el campo.

Incluso, aunque en la actualidad contemos con la Ley N° 27610, que exista este derecho no significa que la oferta debe restringirse a realizar la interrupción o a simplemente ofrecer los medicamentos necesarios. Dice Débora Tájer al respecto:

El hecho de que exista acceso a un aborto legal, seguro, libre y gratuito no significa que una mujer deba abortar, sino que su proceso de decisión acerca de si continuará o no con la gestación se dará en un marco de legalidad en el cual podrá decidir si seguir o no con el proceso, se preguntará qué valor tiene esa posibilidad de maternidad en su vida y si ese embrión es investido como hijo para ella (Tájer, 2019: 81).

Lo que queda en el marco de la seguridad sanitaria excluye el factor de la clandestinidad para la toma de tal decisión, por lo tanto, hay un factor, en el que el Estado tiene responsabilidad, que queda fuera de las variables que afectan tal decisión.

Hay, entonces, un cambio en la posición del equipo que tiene que ver con ofrecer el conjunto de posibilidades que aporten a aliviar el sufrimiento, que ofrezcan posibilidades seguras en tanto sea su decisión. Esta posición del equipo de salud, de respeto por la voluntad, de considerar que es la persona quien tiene el saber respecto de su propio cuerpo es uno de los mayores cambios que ofrece la atención de procesos de aborto. El equipo de salud no ofrece una cura, sino posibilidades acordes a sus deseos, interpretaciones y previsiones. Por lo tanto, no cura, sino que acompaña la problematización y reflexión sobre los proyectos de vida y apoya tal decisión.

Esta reflexión está enlazada con las nociones de soberanía y vulnerabilidad, así como con la categoría de interseccionalidad. Si bien es cierto que una de las líneas centrales de los feminismos ha sido la disputa por el respeto, por la soberanía, la autodeterminación, la autonomía decisional, el gobierno del propio cuerpo, tampoco se trata de una conceptualización universal, abstracta y homogeneizante que deba imponerse, sino una construcción situada de la misma, incorporando la noción de vulnerabilidad e interdependencia, también propuesta por la teoría queer (Pérez, 2019: 46). Es desde esta perspectiva que podremos partir de nuestra propia precariedad y vulnerabilidad, que nos permita aunar los elementos que constituyen la soberanía de los cuerpos desde las intersecciones particulares

que se presentan en una misma consulta. En este sentido, la incorporación de feminismos decoloniales resulta fundamental para deconstruir ideas universales respecto del sujeto pretendidamente universalizado como mujer que invisibiliza nociones eurocéntricas, binarias, heterosexuales, raciales, etarias, entre otras.

Desde estas dos grandes líneas teórico-políticas, hemos transitado el enorme desafío que implicó el abordaje de interrupción legal del embarazo en el contexto de pandemia. Son también las líneas que nos permitieron cuestionar nuevos universales que se instalaron en el discurso sanitario: ¿qué es una urgencia? ¿Qué es esencial? ¿Cuáles riesgos son evitables? ¿Quién construye la propia noción de riesgo? ¿Qué vidas cuidamos desde abordajes restringidos a la urgencia epidemiológica del COVID-19?

Durante el proceso de atención en 2020, muchas de estas cuestiones no fueron dimensionadas. Fue necesario tomar el tiempo y la distancia que implican los procesos reflexivos que, con el trabajo estadístico realizado, diera la información necesaria para estas reflexiones. Llegando aquí, al final de este proceso de lucha colectiva en las calles y en las instituciones, a poder decir que hemos disputado el sentido del riesgo en el campo de la salud.

Como fue dicho, desde los inicios de la pandemia, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en especial la Dirección de Equidad de Género en Salud, equipo con una larga trayectoria en la militancia feminista, reglamentan el protocolo de ILE en pandemia (Resolución N° 577/2020), que la establece como una práctica esencial, urgente y necesaria de garantizar, frente al cierre o restricciones de la atención a la mayoría de las patologías no asociadas al COVID-19.

En ese marco, nuevamente contando con una herramienta protocolizada, los equipos de salud pudimos disputar la noción hegemónica de riesgo acuñada por la biomedicina y epidemiología hegemónicas en el campo. Aunque, por supuesto, esto no solo obedece a la disponibilidad de la Resolución, sino a la historia y trayectoria comentada en este escrito.

Carlota Ramírez y Andrea Paz (2019) ya problematizaban esta noción: el riesgo es una categoría acuñada por la epidemiología, pretende establecer la probabilidad de que un evento ocurra en determinado tiempo y grupo poblacional, intenta desde una medicina basada en la evidencia prevenir, evitar, reducir los daños probables. Es en este sentido que la pandemia por COVID-19 alentó a toda la sociedad a “quedarnos en casa”, por ejemplo. Sin embargo, sabemos que este imperativo no puede ser homogeneizante: no todes tenemos siquiera casa, no siempre casa es un lugar seguro, no siempre quedarnos en casa es menos riesgoso que trabajar, entre múltiples reflexiones posibles ya discutidas por la comunidad científica y la sociedad en general.

Las autoras dicen que la selección discrecional de los riesgos es hecha generalmente desde posiciones de poder que estipulan un futuro posible para quienes consultan a efectores de salud: “futuro que es un proyecto político en el que existe una preocupación exacerbada por demorar la muerte, en el que ‘hacer vivir’ es uno de sus pilares y huir de ciertos riesgos dominantes es un equivalente de vida sana” (Ramírez y Paz, 2019: 92) Así, la epidemiología del riesgo es un engranaje de poder construida en base a discursos legitimados como verdad en el campo de la salud, en el que mujeres y disidencias no tuvieron en la historia ni voz ni voto.

Entonces, es un imperativo para las feministas que participamos del campo, discutir ese futuro promovido por la epidemiología hegemónica centrada en el vivir biológicamente. Incorporar sentidos políticos a esa noción implica disputar con nociones de dignidad, buen vivir, derechos de ciudadanía. Y es en esta línea, que instituir el acceso a ILE como práctica del buen vivir, como práctica de cuidado, se vuelve posible.

Gracias a la trayectoria desarrollada en el trabajo, hemos podido, en el año de mayor hegemonía de los discursos de la epidemiología clásica, disputar la noción de riesgo. Fue posible por esta trayectoria, por este acumulado político y epistemológico, por la experiencia y permeabilidad que los feminismos impusieron en el campo de la salud.

Solo de ese modo pudo instituirse la prioridad estatal para continuar dando respuesta a las ILE, para reconfigurar servicios de atención, para desburocratizar prácticas de acceso, para ofrecer respuestas integrales y para integrar a la problemática del aborto como parte de una red más amplia de cuidados y no de salud en clave biologicista.

Todo esto se vuelve posible y necesario para instalar el futuro que deseamos, donde los discursos de la salud no entiendan que hay una única salud posible ni una manera de alcanzarla. Donde los imperativos cedan lugar a la expresión de las dificultades y deseos particulares, a expresiones incómodas que permitan continuar problematizando las múltiples saludes posibles (Ramírez y Paz, 2019).

Y también sea, quizás, parte de la explicación del escenario que supimos construir para alcanzar nuestra Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27610.

De lo que estamos seguras es de la enorme importancia del trabajo institucional que nos permite para el año en curso afrontar con la estructura necesaria la demanda creciente, producto de la sanción de la Ley. Sin embargo, también son grandes los desafíos que enfrentamos frente a este logro histórico en nuestro país, para lo cual deberemos seguir mejorando los mecanismos de atención, pensando estrategias de accesibilidad, así como profundizar la formación de todos los actores implicados que permita continuar ofreciendo una respuesta efectiva, pero sobre todo de calidad, integral y respetuosa de los derechos y deseos de las personas gestantes.

Bibliografía

- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2019). Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019.
- Argentina. Ministerio de Salud, PBA Resolución N° 577/2020 (2020). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a interrumpir el embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos, en el marco de la pandemia por coronavirus.
- Argentina. Ministerio de Salud PBA, Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud (2020). Informe de Gestión. Acceso a la interrupción de embarazo en la Provincia de Buenos Aires.
- Contreras, M. (2019). *Legitimidad profesional del Trabajo Social y disputas históricas en el campo de la Salud* (ponencia). XI JIDEEP. FTS UNLP. La Plata: SEDICI/UNLP.
- Contreras, M y Mendoza, F. (30 de abril de 2020). Interrupción Legal del Embarazo en contexto de pandemia. Notas desde el Trabajo Social sobre lo urgente, lo posible y lo político. *Entredichos. Intervenciones y Debates en Trabajo Social*, FTR-UNLP.
- Cruz, V. (2020). La trayectoria del Trabajo Social argentino: aportes desde una lectura relacional. *Revista Conciencia Social. Trabajo social contemporáneo. Cartografías de la desigualdad*. UNC, 3(6).
- Cuenca, A.; Cavallieri, S.; Danel, P. y Bergé, E. (27 de mayo de 2020). Dossier especial en el marco de la crisis socio sanitaria por el Covid-19 *Entredichos. Intervenciones y Debates en Trabajo Social*, FTS-UNLP.
- Custo, E. (2009). La construcción y conquista de autonomía. Poner en juego la subjetividad contemporánea de los trabajadores sociales. *Escenarios*, FTS-UNLP, 14.
- Gago, V. (2019). *La potencia feminista: o el deseo de cambiarlo todo*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Lorente Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, 26, 39-53. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14802602>
- Mendoza, M. F. (2020). Mujeres - Feministas - Trabajadoras Sociales - Madres y Aborteras. Informe de rotación por Asesoría en Salud Sexual Integral. Residencia de Trabajo Social/ HIGA Gral. San Martín.
- Ministerio de Salud PBA, Hospital Interzonal Integral de Agudos Gral. San Martín, La Plata (2020). Informe de Trabajo 2020. Asesoría en Salud Sexual Integral.
- Ministerio de Salud PBA, Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín, La Plata (2019). Informe estadístico 2019. Asesoría en Salud Sexual.
- Pecheny, M. (2016). Derechos humanos y sexualidad: hacia la democratización de los vínculos afectivos en la Argentina. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales* CESP-UNMDP, 3.
- Pérez, M. (2019). Salud y Soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Fundación Soberanía Sanitaria (comp), *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización* (pp. 31-48). Buenos Aires: Tinta Limón.

- Ramírez, C. y Paz, A. (2019). Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable. En Fundación Soberanía Sanitaria (comp), *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Ramon Michel, A. y Ariza Navarrete, S. (2018). La legalidad del aborto en Argentina. *Serie de documentos RE-DAAS*, 9, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género/CEDES. Buenos Aires.
- Rosenberg, M. (2020). *Del aborto y otras interrupciones. Mujeres, psicoanálisis y política*. Buenos Aires: Milena Caserola.
- Spinelli, H. (septiembre-diciembre 2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Tabbush, C.; Díaz, M.; Trebisacce, C. y Keller, V. (2016). Matrimonio igualitario, identidad de género y disputas por el derecho al aborto en Argentina. La política sexual durante el kirchnerismo (2003-2015). *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 22. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, Río de Janeiro, Brasil.
- Tájer, D. (2019). El aborto como problema de salud colectiva. Fundación Soberanía Sanitaria (comp), *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires: Tinta Limón.