

Artículos seleccionados

Reflexiones en torno a una experiencia de abordaje colectivo de interrupciones de embarazo desde APS

Florencia López^a

Fecha de recepción:	16 de mayo de 2022
Fecha de aceptación:	6 de junio de 2022
Correspondencia a:	Florencia López
Correo electrónico:	lopezflorr93@gmail.com

- a. Lic. en Trabajo Social (UNLP) Residente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

A lo largo del escrito se realizan reflexiones en torno a una experiencia concreta- y novedosa- de abordar, intervenir y acompañar situaciones de aborto, desde un equipo interdisciplinario inserto en el Subsistema público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por otro lado, y en vinculación con lo anterior, partiendo de la premisa de que las personas con capacidad de gestar continúan, en muchas oportunidades, abortando en soledad, se realiza un recorrido histórico a fin comprender el nivel de legitimidad social en torno a las interrupciones de embarazo hoy en día en nuestro país, sin perder de vista que desde finales del año 2020 contamos con una ley nacional que avala abortar voluntariamente hasta la semana catorce inclusive. Situación que marca un hecho en la historia por la defensa de los derechos de las personas con capacidad de gestar.

Palabras clave: Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva - Aborto - Colectivización de la demanda Sexual.

Summary

Throughout the writing, reflections are made about a concrete – and novel – experience of addressing, intervene and accompany abortion situations, from an interdisciplinary team inserted in the Public Health Subsystem of the Autonomous City of Buenos Aires.

On the other hand, and in connection with the above, starting from the premise that people with the capacity to gestate continue, on many occasions, aborting in solitude, a historical journey is made in order to understand the level of social legitimacy around the interruptions of pregnancy today in our country, without losing sight of the fact that since the end of 2020, we have a national law that guarantees voluntarily aborting until week fourteen inclusive. Situation that marks a fact of history for the defense of the rights of people with the capacity to gestate.

Key words: Reproductive and Non-Reproductive Health; Abortion; Collectivization of Demand.

Consideraciones iniciales

El presente artículo contiene reflexiones producidas a raíz de una experiencia de rotación por un equipo interdisciplinario de salud sexual y reproductiva en un Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) en el marco de la residencia de Trabajo Social en Salud.

Se utilizó como principales fuentes de información los registros personales obtenidos durante la rotación, las observaciones del espacio colectivo llevado adelante por el equipo, las intervenciones propiamente dichas con las/os usuarias/os. A su vez, un insumo importante proviene de los debates y reuniones al interior del equipo, los encuentros de la Red de Salud Sexual y Reproductiva del área programática del Hospital y las convocadas desde el Programa de Salud Sexual de CABA. También se realizaron entrevistas semiestructuradas a integrantes del equipo.

En este CeSAC, como en muchos otros del GCBA, existe un equipo interdisciplinario de SSyR, el cual lleva adelante diversas actividades en relación a la salud sexual, entre ellas: consejería de métodos anticonceptivos, el acompañamiento a personas con capacidad de gestar que desean interrumpir sus embarazos, la prevención y promoción de salud sexual en escuelas y establecimien-

tos educativos y el CePAD. Este equipo en particular siempre se caracterizó por ser amplio, con muchas/os profesionales de distintas disciplinas. Actualmente se encuentra conformado por: trabajadoras sociales, psicóloga, comunicador social, médicas/os generalistas, ginecóloga, fonoaudióloga, médicas/os clínicas/os. Una de las integrantes de la disciplina médica caracterizaba al equipo de la siguiente manera: “Un equipo muy fuerte muy fortalecido. Un equipo que esta actualizado, que es interdisciplinario, que es de mucho laburo, de plantearse y replantearse cosas, de hacer una visión y revisión de lo que hacemos, de criticarnos, de tratar de mejorar, de ver nuevos procesos, de mejorar el acceso cada vez más”.

Resulta importante resaltar el trabajo constante que realizó el equipo durante todas las fases de la pandemia por Covid-19 y el lugar primordial que se les otorgó a las personas gestantes para que de una u otra manera pudieran acceder a sus derechos y decidir sobre su cuerpo, lo que nos da a priori la posibilidad de interpretar desde qué perspectiva interviene el equipo.

Este CeSAC es uno de los que más demanda de SSyR recibe y las/os profesionales lo explican por varias razones: la capacidad de respuesta, la apertura a cualquier persona de cualquier parte del país, por la accesibilidad y la zona geográfica, como así también debido a la cercanía con el Hospital de referencia.

Contexto en donde desarrollamos nuestra práctica

Sistema capitalista y patriarcal

Para iniciar el trabajo la idea es mirar para atrás y poder entender porque tener una ley que declara al aborto como voluntario no nos garantiza haber llegado al final del recorrido, sino más bien, nos invita -paradas/os desde otro lugar- a continuar e ir por más.

De este modo, resulta interesante plasmar algunos de los interrogantes por los cuales se da inicio a este escrito, que surgen de la observación participante: ¿En qué condiciones llegan las personas con capacidad de gestar a abortar? ¿Continúan abortando en soledad, “ocultando” muchas veces la práctica? ¿Cómo operó históricamente el sistema patriarcal para que esto continúe vigente? ¿Qué es lo que falta? ¿Qué es eso que aún no logramos conquistar? ¿Qué es lo que necesitamos para que la persona que desee abortar no se sienta juzgada, ni deba ocultarlo, ni intente dar mil motivos en la consulta para justificar su decisión, ni más ni menos que sobre su propio cuerpo? Infinidad de relatos que concluyen en culpas, miedo, soledad, ocultamiento de la situación a sus seres más cercanos, o situaciones de angustia por elegir otra cosa que sus parejas, entre miles de otros ejemplos.

De este modo, a fin de reflexionar en torno a los interrogantes anteriores, es necesario recuperar aportes teóricos que permitan analizar e historizar el lugar donde se posicionó al aborto; con qué objetivo se utilizó el cuerpo de las personas gestantes, la imposibilidad histórica de decidir, la culpa impuesta por no desear materner, la clandestinidad y lo tabú de la palabra y la práctica del aborto.

Los aportes de Silvia Federici invitan a repensar, y esclarecen porque continúan presentes los tabúes en relación al aborto y a la sexualidad. La autora hace un extenso y detallado recorrido histórico del lugar que ocupó la mujer y la reproducción de la fuerza de trabajo, principalmente desde la transición del feudalismo al capitalismo. A su vez, Federici hace una fuerte crítica a Marx, ya que a lo largo de “El Capital”, el autor no hace ningún análisis con perspectiva de género, lo que generó años de invisibilización de muchas cuestiones en relación al lugar que ocuparon históricamente las mujeres, sumado a la violencia y el disciplinamiento que ejercieron sobre ellas.

En el libro “Calibán y la bruja” la autora detalla cada uno de los mecanismos que adoptaron los países en cada momento histórico para lograr un único objetivo: el aumento del capital. Para ello, cualquier práctica y política era válido. Extenso análisis también en relación a la división sexual del trabajo, algo con lo cual hoy seguimos conviviendo, y por lo que las colectivas feministas continúan luchando.

Federici marca como punto de quiebre, cuando el Estado comienza a regular el control de la natalidad y la procreación, y por ende el cuerpo de las personas con capacidad de gestar. Desde este punto se parte para comprender muchas de los fantasmas que aún continúan operando a la hora de decidir abortar: “La criminalización de la anticoncepción expropió a las mujeres de este saber que se había transmitido de generación en generación, proporcionándoles cierta autonomía respecto al parto. Sin embargo, cuando el control de la natalidad apareció nuevamente en la escena social, los métodos anticonceptivos ya no eran los que las mujeres podían usar, sino que fueron creados específicamente para el uso masculino”. (Federici, 2004: 166)

¿Cómo hacer para desarmar años de disciplinamiento y de hostigamiento a las mujeres y personas con posibilidad de gestar? ¿Cómo entender e internalizar que es nuestro derecho, que debemos elegir libremente nuestra vida, nuestro proyecto de vida y cuando queremos procrear o abortar? Entender que, muchos de los pensamientos presentes en la sociedad hoy responden a lo que nos inculcaron durante años. La próxima cita lo explicita muy claramente, y no hay más palabras por agregar: “A partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y por el estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista”. (Federici, 2004: 162).

El surgimiento del capitalismo y de la mediación del Estado en las relaciones sociales, generó ciertas modificaciones en la vida cotidiana, como así también, las diversas vías por las que el Estado disciplinó a la sociedad, entre ellas, la medicina. Utilizada como control social, principalmente de las mujeres; quienes eran intensamente vigiladas y perseguidas si no cumplían con su función dentro de este sistema: procrear, parir y criar a la mano de obra, que serviría luego para producir.

Aunque no sea el eje central de este trabajo, resulta casi imposible no hacer mención del patriarcado como así también de la violencia; ejercida principalmente, hacia

las personas con capacidad de gestar, ya que fue una forma que utilizaron desde siempre para disciplinar; por lo que, no genera asombro que también, esta modalidad continúe vigente en nuestra sociedad actual. Por ejemplo, violentar a una persona por haber quedado embarazada, por no desear tener un/a hija/o, por utilizar un método anticonceptivo, por parir, por abortar, por expresarse u oponerse. La violencia continúa presente en todas estas situaciones, y son moneda corriente en los relatos de las personas que atendemos a diario. Violencia en las instituciones de salud, violencia por parte de las/os profesionales, violencia de sus parejas, violencia de sus familiares, en fin: violencias, psicológica, simbólica, física, obstétrica, etc. Se continúa creyendo que tienen un poder sobre nuestros cuerpos, sobre nuestras decisiones.

Pensar en el concepto de alienación, permite entender que el deseo y la decisión de las personas con capacidad de gestar en este caso, se encuentra totalmente ausente, y es otra/o quien define y decide. Federici agrega: "Las mujeres han sido forzadas frecuentemente a procrear en contra de su voluntad, experimentando una alienación con respecto a sus cuerpos, su "trabajo" e incluso sus hijos, más profunda que la experimentada por cualquier otro trabajador. En realidad, nadie puede describir la angustia y desesperación sufrida por una mujer al ver su cuerpo convertido en su enemigo, tal y como debe ocurrir en el caso de un embarazo no deseado". (Federici, 2004: 164).

Modelo médico hegemónico: otro concepto necesario

Para comprender por qué resulta interesante la modalidad de atención brindada desde este equipo, es importante poder caracterizar y encuadrar en qué sistema de salud nos encontramos inmersas/os. Tal es así, que es necesario volver a Menéndez y releer su teoría en relación al Modelo Médico Hegemónico (MMH); entendiendo que este modelo es quien impone las condiciones en relación al sistema de salud, y, por lo tanto, desde donde nos encontramos obligadas/os a intervenir como profesionales. Asumiendo así mismo, que las posibilidades de transgredir y construir otra forma de hacer salud, es limitada.

Como explica el autor, el Modelo Médico Hegemónico se encuentra en crisis y cuestionado desde la década del 60 pero al día de hoy priman sus características. Me-

néndez entiende por MMH: "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (Menéndez, 2003: 194).

Dicho autor, define al MMH con características muy claras: "biologismo, individualismo, a historicidad, a sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico" (Menéndez, 2003: 194).

Otra dimensión importante a analizar en función de la modalidad de atención y en vinculación con el MMH, es la presencia del Trabajo social como una de las disciplinas fundamentales dentro del equipo. Es paradigmático el lugar que construyeron en el interior del equipo; son quienes sostienen muchas de las tareas cotidianas. Las mismas profesionales lo reconocían a lo largo de la entrevista: "siempre nosotras, las trabajadoras sociales, con más o menos gente, fuimos las que sostuvimos la temática acá en el centro de salud. Siempre estuvimos medidas en casi todo".

Quizás no resulta novedoso, debido a que, es una disciplina que se basa en la lucha por la ampliación los derechos de las personas en todos los ámbitos de la vida, y en particular, una lucha muy intensa por la igualdad de género. Sin embargo, no hay que darlo por sentado, ya que es una profesión que dentro del ámbito de la salud resulta subalterna y en muchas oportunidades, sus aportes o intervenciones son relegadas a un segundo plano. La nueva ley imprime una modificación que suma a la descentralización de las tareas de la profesión médica, ya que habilita, por ejemplo, que el consentimiento informado sea firmado y sellado por el profesional interviniente, y no necesariamente debe ser médica/o.

Por otro lado, es significativo observar el trabajo de sensibilización construido al interior de todo el CeSAC, desde la recepción, el personal de seguridad, de limpieza, y del resto de las/os profesionales. Es un CeSAC en donde ya hace tiempo el aborto se nombra como tal y las personas reciben una atención respetuosa y cuida-

da desde todas/os las/os trabajadores. En vinculación a esto, una de las entrevistadas reflexionaba: “Desde el último año, yo salgo y pregunto quién está para IVE o para ILE, y la gente se levanta sin demasiado problema. Antes eso no pasaba, era quien tiene el número uno para salud sexual, o el nombre, pero no se lo llamaba por IVE. Es muy paralelo, siempre estuvo la temática, desde que estamos en el centro de salud, con más o menos demanda, pero siempre se abordó. Al principio lo hacíamos a escondidas, nuestras intervenciones eran calladas, nadie lo sabía, solo el equipo. Y es como que se fue agregando, sumando, y ahora no nos damos cuenta que esta tan abierto.” (Trabajadora social del equipo).

Legitimidad social: un desafío por delante

En la práctica se registraron diversos cambios desde la sanción de la ley, pero cambios principalmente para quienes intervienen y forman parte del sistema de salud. Tal es así, que posiblemente el número de objetores haya disminuido, ya que muchas/os referían no involucrarse en prácticas con una carga de (falsa) ilegalidad. Por ende, la ley trae un gran sentimiento de “tranquilidad”, mayormente para las/os profesionales: saber que ya no hay riesgo de judicialización, que ya no es necesario crear una causal para que la persona pueda acceder.

Por otro lado, la ley evita estar frente a frente con una persona y estar re-victimizando o exponiendo su historia de vida para poder acceder a una decisión personal sobre su propio cuerpo y muchas veces, de sus condiciones de vida o proyecto personal.

Pero, desde el otro lado, quienes atraviesan una situación de aborto, la ley continúa siendo insuficiente, la ley no quita toda la carga moral que el sistema patriarcal, el capitalismo y la sociedad imprime desde hace años, a las mujeres y a las personas con capacidad de gestar. Como se hace hincapié en párrafos previos, son años y años de mecanismos de disciplinamiento, que nos han impuesto muy sutilmente (en algunas ocasiones, en otras no tanto), pero a las cuales estamos “acostumbradas/os” y con las cuales hemos crecido. Entonces, son estos mecanismos los que operan a la hora de decidir abortar, de establecer un propio proyecto de vida y de hacer uso de la sexualidad libremente.

Al indagar sobre los cambios producidos por la sanción de la ley, la médica generalista del equipo hacia una

reflexión interesante: “Las mujeres que vienen por un método te consultan, y te preguntan ¿la efectividad doctora?, 99% ¿y si falla? Es muy raro que falle, ¿y si falla? Bueno, podés hacer una IVE; y no es que, porque este la ley, resulta algo como más liviano. O sea, si podés evitarlo lo evitas. Parecía que con la ley iban a salir todas a embarazarse para abortar. En la práctica seguimos viendo lo que veíamos antes, la preocupación sigue siendo un embarazo no intencional, no deseado, sigue siendo una preocupación y está buenísimo porque me parece que es subestimar mucho a las personas”.

Entonces, nos queda trabajar (desde todos los ámbitos posibles) para desandar estos significados y significaciones en torno al aborto, a la sexualidad, al feminismo, al deseo y al derecho de elegir. Y asumir que, es justamente esta legitimidad social, lo que aún no se ha conquistado desde las colectivas feministas. Tal vez, el último eslabón de una larga historia, que dará paso real al derecho a decidir. Boltanski hace alusión a la legitimidad de la siguiente manera: “la legitimación implica la disputa de sentidos y la afirmación de ese derecho sobre principios morales cuya validez pueda ser considerada de carácter general” (Boltanski en Burton, 2017: 99).

Para finalizar, algunos aportes recientes de Julia Burton (2021) para repensar la legitimidad social como un gran desafío. En su nuevo texto dialoga con una cita de Vaccarezza sobre esta temática y plantea: “Abrirse a esas narrativas, escucharlas y darles alojamiento habilita la circulación de nuevos afectos y sensibilidades que desafían los modos dominantes de sentir respecto del aborto alejados de la culpa y la eterna victimización de quienes abortan. De ese modo, emergen nuevos lugares de enunciación y posicionamientos subjetivos y, en consecuencia, modalidades novedosas de comprender la experiencia social del aborto” (Burton, 2021: 5). Finaliza diciendo: “Lejos de ser una experiencia unívoca, el aborto también puede ser una decisión y una vivencia que genere felicidad, alegría, que se vincule con los deseos. En consecuencia, narrativas sobre el aborto libres de padecimientos y victimismos eternos” (Burton, 2021: 5).

Ahora sí: una experiencia concreta de atención de aborto en aps

Desde hace unos años atrás, el equipo lleva adelante una novedosa modalidad de atención en lo que respecta a los acompañamientos de aborto. Como se mencionó anteriormente, la demanda respecto a esta temática

es elevada; concurren aproximadamente entre 7 y 10 personas por día, lo que hace viable la creación de un dispositivo grupal de atención. Esto último es lo que resulta poco común y aún más cuando hablamos desde el sistema público de salud.

Los días de atención de la temática, el equipo realiza un encuentro grupal entre todas las personas que solicitan una interrupción de embarazo, en donde se explica la modalidad de trabajo y los distintos encuentros que se van a sostener para hacer una atención integral de la situación. Durante la charla, en primer lugar, se hace hincapié sobre el nuevo marco legal donde se encuadra el aborto. Luego, se explica la utilización de la medicación, las pautas de alarma durante y posterior al uso de la medicación. Se utiliza folletería de soporte en donde está toda la información que se transmite de manera oral, para que en el momento que están realizando el procedimiento, puedan recurrir a él ante cualquier duda. Se habilita un momento de intercambio de preguntas/dudas/comentarios de las/os participantes, y luego se procede a la entrevista de manera individual en un consultorio para abordar las particularidades. Una vez en el consultorio, la/el profesional solicita los datos personales, la historia clínica, se revisa la ecografía, se entrega la medicación, se consulta nuevamente si hay dudas o preguntas de la charla grupal, se firma el consentimiento informado, y, por último, se coordina el encuentro post aborto para el control y la adherencia a un método anticonceptivo si así lo deseara la persona.

En lo que respecta al equipo, una de las entrevistadas realiza una valoración positiva entorno a este dispositivo y contaba lo siguiente: "La idea de la charla, está muy buena, hay momentos que se crea un ambiente lindo, y pueden preguntar, y la duda o la pregunta siempre sirve para la que escucha y no se anima a hablar o preguntar".

En lo que respecta a las Obras Sociales (OS) y Prepagas, se empezó a implementar desde la sanción de la ley un nuevo circuito, que consiste en preguntar si la persona cuenta o no con OS o prepaga. Sin dilatar ni obstaculizar el acceso, pero intentando presionar para que desde este subsector de salud empiecen también a dar respuesta. Desde el Programa, y con la colaboración de las/os mismas/os usuarias/os, se está armando un recursero, debido a que estas instituciones de salud también deben contar con equipos que alojen y atiendan esta problemática como una prestación más, ya que la ley así lo indica.

Si la persona cuenta con una cobertura de salud del subsector privado, se le brinda la información (si es que aún no averiguo por su cuenta, y si es que existe y es un lugar amigable) y se da la opción de elegir por qué circuito continuar su atención. En muchas oportunidades, las personas ya lo intentaron y no lo lograron, o les dilataron los tiempos entonces buscaron otro camino; pero en muchas otras no realizaron ninguna consulta, y efectivamente sí hay equipo y sí hay respuesta, y a veces los tiempos del ámbito privado resultan más rápidos, como por ejemplo en el acceso a las ecografías (temática en la que, el subsector público tiene mucha deficiencia). En algunas ocasiones también, se les ofrece realizar la ecografía por la OS o prepaga y si así lo deseara, continuar el proceso con el equipo del centro de salud. Tanto desde el Programa como desde el equipo, siempre se ha sostenido la postura de dar respuesta y acompañar esos procesos, y si se deriva que sea de manera cuidada.

La modalidad de atención del equipo del CeSAC presenta un antecedente muy reconocido y con un gran recorrido, como es Socorristas en Red, quienes realizan asesoramiento y acompañamiento desde el año 2012. Socorristas es una red de colectivas feministas heterogéneas, que se encuentran en diferentes puntos del país, y han sido quienes garantizaron el acceso al aborto durante muchos años.

Ambas modalidades son muy similares, a lo largo de la atención tienen una instancia grupal y otra individual; se pautan encuentros previos y posteriores a la interrupción. La principal diferencia, es que el equipo del CeSAC enmarca sus acompañamientos dentro del Sistema Público de Salud, tal es así que resulta novedoso, y por eso el eje principal del trabajo.

Entender la dinámica que el MMH imprime e impone a las/os profesionales de la salud de manera cotidiana, es clave para pensar la importancia del dispositivo sostenido por el equipo. Es por esto que se resalta el compromiso y el trabajo como así también la capacidad de dar respuesta a una problemática a la cual se le estaba dando la espalda, no solo desde algunos efectores de salud o profesionales, sino desde el Estado y desde la sociedad misma.

Sin dudas, un trabajo sostenido por la militancia y la convicción de que la legalización del aborto debía ser un derecho, y debe ser garantizado de la mejor manera posible y desde todos los efectores. Asumir la autonomía relativa como profesionales, y estar firmemente pa-

radas/os desde una perspectiva de garantizar derechos y de accesibilidad, habilita a la construcción de espacios colectivos, democráticos y que rompen con las estructuras impuestas.

Colectivizar las demandas: una posibilidad con grandes beneficios

Para continuar analizando la modalidad de atención, resulta necesario recuperar estudios que han examinado lo favorable de crear espacios colectivos con personas que se encuentran atravesando situaciones similares. Pichón Riviere, psiquiatra que dedicó su carrera al estudio de la teoría del grupo, dice lo siguiente: “La técnica operativa del grupo, sean cuales fueren los objetivos, tiene por finalidad que sus integrantes aprendan a pensar en una coparticipación del objeto de conocimiento, entendiendo que pensamiento y conocimiento no son hechos individuales sino producciones sociales. El conjunto de integrantes como totalidad aborda las dificultades que se presentan en cada momento de la tarea logrando situaciones de esclarecimiento, movilizandolas estructuras estereotipadas que operan como obstáculo para la comunicación y el aprendizaje y que se generan como técnica de control de la ansiedad ante el cambio”. (Riviére, 1972: 205).

Por su parte, Souto Marta entiende por lo grupal, “aquel campo de interconexiones, de entrecruzamientos de lo individual, lo institucional, lo social, etc. donde surgen acontecimientos y procesos compartidos (imaginarios, reales, etc.) entre sujetos que persiguen objetivos comunes de aprendizaje”. (Souto, 1993: 6)

Recuperar los aportes de Belén Grosso y Ruth Zurbriggen (2016) en su texto “Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud”, en el cual realizan una descripción en relación a los encuentros grupales llevados adelante desde hace muchos años por Socorristas. Las autoras los valoran de la siguiente manera: “Los encuentros grupales cara a cara. En ellos buscamos que sobrevenga lo colectivo, poner en evidencia que el aborto acontece, que no es un acto individual, buscamos quitarle parte de la carga de culpabilización y estigma que muchas veces rodea a la decisión. Damos valor a las redes de compañía y cuidado. Hay lugar para la circulación de la palabra sobre el devenir de la decisión y la situación que cada una elija compartir; no faltan las angustias, ni las controversias, ni los relatos sobre maternidades no elegidas y/o elegidas, ni sobre abortos

ya practicados; ni las lágrimas muchas veces contenidas ante un auditorio de desconocidas”. (Grosso y Zurbriggen, 2016: 3).

Julia Burton (2017), por su parte, también escribe sobre las experiencias de Socorristas, y dice lo siguiente: “La grupalidad de los encuentros es una decisión de las colectivas que conforman la red, cuyo objetivo es que las mujeres se encuentren con otras que están atravesando la misma situación. Con esta estrategia pretenden mostrar la cotidianidad con que las mujeres abortan y, al mismo tiempo, visibilizan la singularidad de cada mujer que aborta pero que está ante la misma situación, con miedos similares y muchas veces con culpas idénticas a la de al lado. Al compartir ese espacio y experiencias, las mujeres “alivianan un poco esa culpa cristiana” y que “cuando ven que hay otras que están en su misma situación se sacan la mochila del “¡ay! Esto lo estoy haciendo sola”. Si bien a primera vista el objetivo del encuentro grupal es “que las mujeres vean que no están solas y que no son las únicas a las que les pasa”, también implica poner en acto la consigna feminista “lo personal es político” al resignificar las vivencias singulares de las mujeres en experiencias colectivas”. (Burton, 2017: 115)

Reflexiones finales

Una experiencia sencilla y concreta de colectivizar y desarmar prácticas individualistas perpetuadas por el MMH, nos muestra que otra forma de intervenir y hacer salud es posible. Obviamente es un modelo que se impone con mucha fuerza, y que se filtra constantemente, mismo entre quienes pertenecen a disciplinas históricamente subalternas.

Sacar al aborto del ámbito privado, hacerlo público, visible, transformarlo en un problema social y colectiva, en una problemática de salud pública, en donde el Estado y las/os profesionales son las/os principales responsables de que las leyes y las prácticas se cumplan. Romper con la responsabilidad individual de la persona gestante, eliminar la carga moral y la angustia que esto genera; crear espacios donde las personas con capacidad de gestar se encuentren con otras/os que están atravesando la misma situación en el mismo momento. Así mismo, que se garantice en un centro de salud, rodeado de profesionales, sin ocultamientos, le quita un montón de miedos y representaciones que había en relación a la “ilegalidad”.

Para concluir, se entiende que la ley es un gran avance y el punto de partida que se necesitaba para continuar exigiendo más derechos que se traduzcan en una mayor igualdad entre todas/os, en un mayor acceso a vivir y disfrutar libremente de la sexualidad y de la diversidad de cuerpos. La aprobación trae consigo un respiro y un aire fresco, y da sensación de tener un país más justo, una sociedad que empieza a atravesar un proceso de aceptación, repleto de debates y reflexiones, en torno, no sólo al aborto, sino al feminismo y el lugar de la mujer y otras identidades.

A lo largo de la historia, otras luchas nos han demostrado que la sanción de una ley no nos dice nada, que la legitimidad social va por un camino paralelo, que suma

y que es necesaria, pero que, muchos prejuicios y significaciones perduran probablemente un largo tiempo. Sin dudas, las nuevas generaciones traerán consigo un proceso de naturalización y aceptación.

Sin dudas hay mucho más por delante, un sinfín de preguntas y ejes por los cuales continuar trabajando en torno al aborto y la nueva ley. Pero cierro con una histórica frase de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, la cual imprime 3 indicaciones claves y claras, que, de ser cumplidas correctamente, mucho estará resuelto de aquí en más: "Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir".

Bibliografía

- Belfiori, D. (2015). *Código Rosa. Relatos sobre abortos*. La parte maldita.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Capital Intelectual. Buenos Aires. Capítulo 1.
- Boltanski, L. (2016). *La condición fetal. Una sociología del engendramiento y del aborto*. Madrid, Akal.
- Burton, J; Peralta, N. (2016). *Redes en torno al aborto clandestino: vínculos de socorristas y sistema de salud en Neuquén, Argentina*. Clivajes. Revista de Ciencias Sociales. <http://revistas.uv.mx/index.php/Clivajes/article/view/2156/3978>
- Burton, J. (2017). *Registrar y acompañar: acciones colectivas por el derecho al aborto en la ciudad de Neuquén*. Revista Zona Franca- Centro de estudios interdisciplinario sobre las mujeres (CEIM).
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Editorial Tinta Limón. Buenos Aires.
- Grosso, B; Zurbriggen, M. (2016). *Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar*. CEDES
- Lamas, M. (2008). *El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina*. EN: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Académica de México.
- Lamas, M. (2021). *Aborto, hipocresía y deseo*. En: <https://www.nexos.com.mx/?p=53613>
- Menéndez, E. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciênc. saúde coletiva.
- Peralta, G. (2016). *El aborto en el marco de la praxis política feminista. política pre figurativa y sentidos hegemónicos puestos en cuestión por la colectiva feminista la revuelta*. (Tesis de Licenciatura en Sociología). Universidad Nacional del Comahue, Fiske Menuco - Río Negro.
- Peralta, G (2019). *Conflictividad social, estado y políticas públicas del Alto Valle*. Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.
- Pichon Riviere, E. (1972). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión.
- Sebastiani, M. (2019). *El aborto como un bien social*. Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas. <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/477-El%20aborto%20como%20un%20bien%20social%20-%20Sebastiani.pdf>
- Tajer, D. (2004). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán.
- Varela, N. (2020). *El tsunami feminista*. Barcelona, España. EN: NUSO.

