

---

## **Los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos: saberes y posiciones de agentes sanitarios/as para suabordaje en la Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba**

Mesa 39: Acceso al aborto seguro: prácticas de acompañamiento, autonomía y autogestión.

Rossana Crosetto. Docente e Investigadora Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSIS). Facultad de Ciencias Sociales- UNCba. [rcrosetto@unc.edu.ar](mailto:rcrosetto@unc.edu.ar),

María Teresa Bosio. Docente e Investigadora Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSIS). Facultad de Ciencias Sociales- UNCba. [mariateresabosio@unc.edu.ar](mailto:mariateresabosio@unc.edu.ar)

Ana Morillo. Lic. Trabajo Social. Trabajadora del Centro de Salud N67 de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba, investigadora Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSIS). Facultad de Ciencias Sociales- UNCba [anamargaritamorillo@gmail.com](mailto:anamargaritamorillo@gmail.com)

Celeste Bertona. Mgter. Trabajo Social. Trabajadora de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba; investigadora Instituto de Política, Sociedad e Intervención Social (IPSIS). Facultad de Ciencias Sociales-UNCba. [celbertona@gmail.com](mailto:celbertona@gmail.com)

### **Resumen**

Esta presentación es producto de un proceso de investigación que tiene por objeto conocer los saberes, prácticas y representaciones de profesionales de la salud que se desempeñan en la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Córdoba acerca de la Salud Sexual y Reproductiva, en el año 2019. Las categorías centrales a indagar en este campo son: 1) los conocimientos de los/as agentes de salud referidas a normativas y políticas de salud sexual. 2) cómo estos/as agentes de salud designan y significan las necesidades-demandas de los sujetos en relación a los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, 3) Representaciones y prácticas referidas a cómo conciben este derecho en la APS. El aborto

y su atención en la APS es un tema central, luego de las masivas manifestaciones de La marea Verde.

La propuesta metodológica de la indagación se realiza desde un abordaje cualitativo, comprensivo, recogiendo las voces de agentes de salud del sistema municipal mediante entrevistas abiertas a profesionales que se desempeñan en los centros de salud, con diferentes trayectorias y procesos de formación profesional. El análisis e interpretaciones de los datos tiene como objetivo comprender el sentido de las prácticas y representaciones, de manera situada en el contexto témporo/espacial de la ciudad de Córdoba, con sus especificidades normativas e ideológicas, desde las posiciones de los/as protagonistas.

La inclusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR), y la demanda para el acceso al aborto legal y voluntario en el campo de la salud fue y sigue siendo un proceso político dinámico y conflictivo en el marco de las coyunturas económicas, sociales, políticas e ideológicas y de las relaciones de fuerza de diversos actores (movimiento de mujeres y grupos feministas, instituciones religiosas, estado, asociaciones de profesionales, etc.). Estos son objeto de disputas y negociación en el campo político y discursivo de las diferentes profesiones que lo abordan. La irrupción de los movimientos feministas, y su reclamo por la autonomía y la libertad sexual y reproductiva inciden en la agenda pública y el estado, por esto nos parece central analizar cómo en este contexto de emergencia y movilización, los conocimientos y posiciones de estos/as efectores/as de salud en relación al aborto son interpelados, qué cambios, qué resistencias, qué disputas se erigen y cómo estos procesos permiten potenciar o no el acceso a este derecho.

**Palabras claves: aborto- atención primaria de la salud- prácticas y representaciones agentes de salud**

## **1. Introducción**

La ponencia pretende compartir algunas reflexiones de un proceso de investigación<sup>1</sup> más amplio que estudia las prácticas y representaciones en torno a los derechos sexuales y (no)

---

<sup>1</sup> **El ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos en salud- Prácticas y representaciones de agentes de salud pública estatal de la ciudad de Córdoba (2018-2021)** Directora: Lic. Rossana Crosetto. Co-Directora: Mgter. María Teresa Bosio. Responsables: Lic. Claudia L. Bilavcik, Mgter. Ana M. Miani, Lic. Gladys Paola García. En formación: Lic. Gabriela González Ramos, Agustina Ramia, Valentina Friedli, Romina Basconcello, Paola Suau, María Florencia Godoy, Mónica Medina, Julieta

reproductivos en salud, en agentes de salud que se desempeñan en Atención Primaria (APS) en la ciudad de Córdoba (2018-2021). Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, de tipo cualitativo en el que se realizaron 52 entrevistas semiestructuradas a agentes de salud (ginecología, medicina familiar, psicología, trabajo social, enfermería y administrativos/as) de 12 (de un total de 100) centros de salud del municipio capitalino cordobés.

Desde una perspectiva situada en el marco de la investigación realizada entre 2018 y 2020, el tema del aborto se incorpora como dimensión dentro de los derechos sexuales y (no) reproductivos para captar prácticas, creencias, sentidos y discursos acerca de los mismos desde la voz de los/as entrevistados/as por lo que los testimonios no tienen fuerza generalizable, pero arrojan supuestos para continuar indagando especialmente luego que, a fines de 2020, se sancionara la Ley 27610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo con plena vigencia en todo el sistema de salud nacional.

El debate público y político del aborto en el año 2018 cuando el Proyecto de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito se abordaba en el Congreso Nacional junto a la intensa movilización en las calles, la agenda en los medios masivos de comunicación, la presencia de la temática en todos los espacios sociales permitió que el aborto saliera del “closet” y esa fue una de las tantas acciones y estrategias que desarrolló el movimiento feminista, de mujeres y disidencias para despenalizar socialmente la práctica, sacándola de la clandestinidad en el marco de un debate público y político.

El escenario de referencia no fue ajeno a la dinámica y a las discusiones en el campo de salud pública, particularmente a los equipos de salud en Atención Primaria (APS), por lo cual desde una perspectiva teórica y política feminista e interseccional interesa compartir los atravesamientos en los equipos de salud en APS, vinculados a percepciones, creencias acerca del acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), posicionamientos e interpelaciones, y si esto modificó, transformó abordajes y prácticas de acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos

## **2. Desarrollo**

## **2.1. La Campaña por el Derecho al Aborto en Argentina: un movimiento amplio y transversal para el logro de un derecho**

El reclamo por la Legalización del Aborto en Argentina surge y se consolida en el seno de los Encuentros Nacionales de Mujeres (ENM) realizados desde el año 1986, en los comienzos de la apertura democrática en Argentina. En el 2003, durante el 18° ENM se creó una Asamblea por el Derecho al Aborto en donde participaron mujeres de diversas organizaciones sociales, piqueteras, profesionales, grupos LGTBIQ+, estudiantes. En el 2004, se realiza en Buenos Aires el Encuentro Nacional sobre las Estrategias para lograr el Aborto Legal, en el que se debate sobre la necesidad de una ley que permitiera el acceso a la interrupción legal del embarazo y se plantean estrategias/ acciones para lograrlo. En el 2005 en el Encuentro Nacional de Mujeres en Rosario, se constituye la Campaña por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, con el pañuelo verde como sello de identidad.

La Campaña por el Derecho al Aborto se conforma en un espacio movimientista plural y abierto; en el cual participan más de 200 organizaciones desde su inicio, sumándose en la actualidad cerca de 700. La diversidad de las mismas, tales como partidos políticos, sindicatos, espacios académicos, organizaciones sociales, colegiadas (colegios profesionales), redes de comunicadoras, entre otras, muestra su potencia en los diversos espacios de debate públicos, en los medios y redes de comunicación. Este movimiento transversal e intenso cuestiona el mandato heteropatriarcal y hegemónico que se impone sobre las mujeres acerca de la maternidad obligatoria. El lema que se construye para la Campaña: *“Educación Sexual para decidir, Anticonceptivos para no abortar y Aborto Legal para no morir”* pone el acento en la importancia de los derechos sexuales y reproductivos, demandando políticas que aborden la sexualidad de manera integral.

En el transcurso del tiempo se fue avanzando en la conformación de Redes al interior de la Campaña, que permitieran llegar y convocar a otros actores, hacer del lema una realidad tangible y generar una organización y participación particular al interior de cada espacio; siendo ésta una estrategia que le dio sinergia al movimiento cuyas resultantes se visibilizan en la conformación de la Red de Socorristas, la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, la Red de Docentes y la Red de Cátedras de Aborto.

En el año 2018 las presencias masivas de las jóvenes se suman a la demanda histórica de mujeres y disidencias y habitan las calles y los territorios, conformando lo que se ha dado en

llamar “la revolución de las hijas”. Estas/os jóvenes que crecieron ganando derechos durante las primeras décadas del tercer milenio, incorporaron las enseñanzas y experiencia de las feministas históricas y que, por primera vez, sintieron en sus cuerpos el peso institucional del patriarcado y el rol de las iglesias evangélicas y católica.

En el marco de la Campaña por el Derecho al Aborto, el movimiento feminista se caracterizó por diferenciarse de otros movimientos por su estética, por su modo de construcción y práctica política en la cual median procesos de transversalidad y articulación para logros de consensos en el marco de espacios y posiciones diferentes.

La lucha por el derecho al aborto desbordó los márgenes del feminismo, creció en consenso y aceptación de la opinión pública. Las inmensas movilizaciones realizadas durante el 13 de junio y el 8 Agosto del 2018 más los pañuelazos, festivales y debates que se fueron realizando en universidades públicas, escuelas, hospitales, instituciones judiciales permitió que el aborto y la sexualidad sean ejes de discusión en cada espacio social e institucional, entre generaciones y diversos sectores de clase.

En Córdoba durante 2019, otro aspecto contextual a tener en cuenta es la vigencia de la cautelar sobre una de las causales legales de aborto, la de violación, pero esta judicialización del protocolo provincial de Aborto no punible impactó fuertemente en el imaginario y se instaló entre los equipos de salud con la idea que el protocolo está judicializado y no se pueden hacer abortos en Córdoba.

En este escenario el debate en el Congreso de la Nación y la instalación pública del aborto en la sociedad en general, colaboró en dar claridad a la situación jurídica real sobre el protocolo de aborto provincial y en septiembre de 2019, el Tribunal Superior de Justicia de Córdoba dicta su fallo poniendo en vigencia el protocolo provincial después de 7 años; cuestiones no menores a la hora de pensar en las formas en que los contextos institucionales condicionan, determinan las prácticas de agentes estatales con mayores grados (o no) de autonomías, generando condiciones de posibilidad o restringiendo las mismas. En ese sentido observamos algunos disensos y disputas tanto en las prácticas como en los discursos de los/las agentes acerca de la interrupción voluntaria del embarazo, de la autodeterminación de las mujeres y personas gestantes a decidir continuar o no una gestación; que para muchos/as agentes aparece, como posición ideológica, la mirada

---

voluntarista individual de la mujer o joven que “no se cuidó” y eso tiene un costo que tiene que afrontar.

Debatir acerca del Derecho al Aborto Legal, en el momento situado en que realizamos las entrevistas (2019) en muchos centros de salud, era una cuestión referida a los valores morales, a posiciones personales o a estigmas, malestares y enfrentamientos al interior de los equipos; lo que dejaba afuera la posibilidad de pensarlo desde una perspectiva de política pública en salud, a pesar de los avances vinculados al Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo del año 2015 (con posteriores revisiones y actualizaciones) que refuerza el concepto de salud de manera integral y genera modos de actuaciones respetuosos de las personas gestantes para el equipo de salud; lo que junto al Fallo F.A.L. y el Código Penal (1921) traen suficientes elementos para las actuaciones de los equipos de salud en relación a las decisiones de las personas gestantes, pudiéndose pensar que estos marcos posibilitan la no judicialización, la celeridad en las actuaciones, la confidencialidad y la accesibilidad.

El documento del Consejo de Derechos Económicos, Sociales y Políticos, del año 2018 sobre Argentina, en las observaciones y recomendaciones consignadas en el punto 55 hace referencia a los derechos sexuales y reproductivos y manifiesta su preocupación por el elevado número de abortos, a los que denomina peligrosos, y ligados a la mortalidad materna y refiere que lamenta que no se haya aprobado la despenalización del mismo. También hace referencia a la falta de servicios de salud adecuados para las personas intersexuales, por lo que recomienda que todas las provincias garanticen el acceso a los servicios de salud y el acceso a medicamentos que permitan la interrupción del embarazo de manera segura, como así el marco legal que lo ampare, y también el derecho al acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) y la atención de las personas intersexuales.

En este marco entendemos los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos como derechos inalienables, intransferibles e indivisibles que implican autonomía y capacidad de las personas a decidir libre, responsable y placenteramente. Estos incluyen: 1) los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto, puerperio pero también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida; es decir aquellos eventos relacionados con la reproducción; 2) los derechos relativos a decidir si tener o no hijos/as, a decidir con quién, cómo y cuántos; a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones,

---

que se vinculan con anticoncepción y aborto; 3) los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia (J. Brown, 2014).

En Argentina el reconocimiento y la ampliación de la salud y los derechos sexuales y (no) reproductivos como derechos humanos, se promueve centralmente con la Reforma de la Constitución Nacional de 1994, consagrándose jurídicamente por esta vía “ *la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce de los derechos reconocidos por la Constitución y los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos; y se estableció también la posibilidad de interponer acciones judiciales directas ante cualquier forma de discriminación*” (Levín, 2010: 21).

La referencia a estos derechos se imbrica al concepto de ciudadanía sexual (Di Marco, 2012) entendido como un sistema de derechos sexuales, que implica un proceso político de establecer y ampliar los límites de inclusión de lo que es -o no es- ciudadanía y se vincula con las relaciones de poder. El concepto de ciudadanía en sus orígenes históricos, refiere a derechos universales que gozaban los varones, blancos y propietarios. La especificidad de la construcción del concepto de ciudadanía sexual se genera en un campo de luchas de las mujeres, heterosexuales y lesbianas, de gays, travestis, transexuales, transgéneros, que ven sus derechos cercenados en función de sus identidades de género y sus sexualidades. Cada derecho sexual ganado amplía otros derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales. Si se tiene en cuenta esta perspectiva, y nos situamos en el ámbito concreto de las condiciones de las mujeres y otredades para ser ciudadanas, uno de los obstáculos centrales a la participación política radica en el control de los cuerpos gestantes, a través de la penalización del aborto, lo cual implica a las mujeres y las personas gestantes portadoras de una ciudadanía incompleta, ya que no pueden decidir plenamente sobre el propio cuerpo. (Di Marco, 2012).

## **2.2. El debate del aborto entre los integrantes de los equipos de salud de la Municipalidad de Córdoba**

El proceso de debates sobre la legalización del aborto en Argentina atravesó las discusiones y debates en los centros de salud de atención primaria municipal de diferentes maneras. Podemos identificar tres ejes o líneas en los discursos de agentes de salud entrevistados/as acerca del tema:

a) aborto como práctica ilegal: apelan a que el protocolo está bajo amparo<sup>2</sup> o bien, tienen una percepción negativa vinculada a sus creencias y desaprobación social, o aluden temor frente a posibles acciones punitivas/legales, lo que muestra un desconocimiento explícito sobre los avances normativos y legales de atención al aborto (Drovetta, 2017) como los impedimentos de la gestión de la política pública en salud y propios de la cultura institucional.

*“... yo no estoy a favor del aborto y por ahora no es legal así que lo que yo les digo es que busquen información en internet, que ahora hay pastillas (...) En internet está todo. Todos tienen acceso a internet porque todos tienen celular. Sólo aconsejo y digo que el aborto por ahora no es legal y que, en el aborto clandestino, está el tema de las infecciones. Le doy hasta esta información. Después la decisión es de la paciente”  
(médica ginecóloga)*

Lo que predomina en estos discursos y sentidos es que el aborto es ilegal y no indagan demasiado acerca de por qué las mujeres deciden interrumpir. Son posiciones individuales que se expresan puertas adentro del consultorio donde prima el saber-hacer profesional con el concomitante ejercicio de poder hegemónico asentado en la procreación y el cuerpo de la mujer en tanto objeto vehículo de la misma o bien culpabilizándola de la situación; aunque no necesariamente reflejan posicionamientos similares de otros/as profesionales del equipo del cual forman parte. Como se puede ver en la cita textual de la entrevista, la profesional médica no desconoce los riesgos de las prácticas inseguras de aborto al hablar de las infecciones, sin embargo, sólo refiere una búsqueda en internet, desconociendo las posibilidades reales que tiene la mujer para su acceso y negando información oportuna y veraz sobre prácticas seguras de aborto. También hay desconocimiento de los/as profesionales de la salud de la Ley 26529 sobre derechos del paciente y de la obligación de informar ante riesgos y daños inminentes.

b) derecho a decidir de las mujeres y personas gestantes y estigmas en torno al aborto: consideran que interrumpir un embarazo es un derecho por lo que sí lo pueden hacer pero aparecen prácticas y discursos que operan como barreras impuestas por los y las profesionales frente al aborto, tales como no participar en el itinerario o trayecto de

---

<sup>2</sup>En el año 2012, la Asociación "Portal de Belén" presenta un recurso judicial contra el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, exigiendo la inconstitucionalidad de la Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto no Punible.

interrupción, no brindar información clara y oportuna, derivar a otras organizaciones como el socorrismo o asociaciones civiles como el Portal de Belén, AMBO<sup>3</sup> que explícitamente están en contra del aborto. El estigma respecto a esta práctica aparece asociado a la desaprobación de los modos de vivir las sexualidades en usuarias que demandan la práctica y el etiquetamiento de profesionales “abortero/as” que las implementan en contextos de clandestinidad. Entonces, en la operatoria concreta de la práctica requerida, los posicionamientos que asumen estos/as profesionales resultan dilaciones en la efectivización de respuestas a las personas gestantes que demandan la interrupción de un embarazo y/o derivaciones poco efectivas.

*“La derivo. Se que hay centros que están especializados en esto y yo las derivo. Por eso te digo, yo respeto la decisión de la mujer. Que yo no lo haga no significa que no pueda hacerlo entonces les doy la libertad que vaya a un lugar donde lo puedan hacer...” (médico ginecólogo)*

En muchos centros de salud la discusión pública sobre el aborto en el marco del debate del Congreso durante el 2018, no se explicitó en debates internos para evitar se generen malestares y enfrentamientos al interior de los equipos, optándose por respetar las posiciones morales y no disputar posiciones políticas que den cuenta del tema.

*Yo en relación al aborto tengo una posición bien clara, opino que la mujer es dueña de su cuerpo, tiene todo el derecho de hacer de su cuerpo lo que a ella le parezca. Ahora bien, hay todo un sistema abierto de MAC y de consejerías para darles y evitar ello. Ahora (...) ante una falla y bueno, ella no quiere tener el bebé tiene todo el derecho a recurrir al aborto...” (médica ginecóloga)*

3.- acompañamientos a la decisión de las mujeres sobre la continuidad o no de un embarazo no planeado: conforman el grupo de “profesionales amigables” y realizan explícitamente esas prácticas realizando las consejerías desde las causales ILE, en situaciones de violación y de salud integral de las personas gestantes. La causal salud es entendida en el marco de la definición de la OMS “el completo estado de bienestar físico mental y social”.

---

<sup>3</sup> Es una organización de la sociedad civil que se presenta en su web comoun programa de atención, ayuda, servicios e información las mujeres frente a “un embarazo inesperado Ver <http://mapadevida.org/productos/ambo/>

Estos/as agentes se identifican e integran la Red de Profesionales por el Derechos a Decidir y algunos/as son parte activa de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal. En Medicina, es la especialidad de Medicina General y Familiar quienes están realizando un proceso de revisión de sus prácticas sobre los derechos sexuales y reproductivos y, generan desde su propio consultorio y en los ámbitos donde realizan activismo, el debate político de constituirse como profesionales de la salud en un lugar contrahegemónico y garante de derechos. Observamos que varias jóvenes, residentes del Programa de Medicina Familiar (cuatro de cien centros de salud tienen residentes) son las que proponen, se posicionan en los centros para acompañar a las mujeres y generan un debate, muy asimétrico en relación a otros/as profesionales que no se ubican en procesos de formación-capacitación:

*“La lucha particularmente fue desde los residentes, desde nuestra tutora con la jefa del centro de salud principalmente (...). En este marco, nosotros tenemos el protocolo, nosotros acá hemos discutido un montón la ley, pero hay mucho “no, no me voy hacer cargo”, “que no es legal”, “que no es así”, “que en Córdoba con el amparo del Portal de Belén...” Y es mucho de boca en boca digamos. Ha pasado que le hemos mandado el protocolo, le hemos explicado y todo... “Pero a mí no me importa lo que dicen ustedes”, como diciendo ¡esto es así!...” (residente)*

En este caso hay un posicionamiento político y sanitario de los/las residentes e instructora docente, que habilita el debate y las prácticas referidas a los derechos sexuales y reproductivos, también probablemente atravesados por una cuestión generacional además de los procesos de formación en servicio

*" ... esto de traer pañuelos verdes también fue una decisión política (...) como tratando también de visibilizar esta cuestión que estábamos muy fervientes en esto de querer garantizarlo" (residente en medicina)*

Las expresiones y relatos de algunos/as integrantes de los equipos de salud dan cuenta de las diferentes posturas para atender la demanda de ILE y se construyen prácticas diversas para acompañar a las mujeres y personas gestantes entre efectores/as garantes de derechos. Las redes intra e interinstitucionales aparecen como recursos reales y potenciales en dichas intervenciones, son reconocidas y respetadas al igual que las posturas diferentes al interior de cada equipo de salud. También referencian que en la Dirección de Atención

Primaria de Salud del municipio capitalino se han realizado capacitaciones sobre interrupción legal del embarazo (ILE), a propuesta de estos/as trabajadores/as de la salud exclusivamente. Los avances concretados para garantizar el acceso a la ILE han sido planificados, propuestos y ejecutados desde modos organizativos diseñados por trabajadores y trabajadoras desde su relativa autonomía en el marco de la DAPS, y la institución acompañó esas propuestas de capacitación y trabajo que de algún modo intentan generar un proceso de institucionalización en la atención de las ILEs.

*“Porque venimos con el chip viejo (...) Pensar todo desde la perspectiva de derecho sí nos modificó, te cambia la cabeza (...) comenzamos con la formación en torno a ILE, que me hizo una revuelta enorme. Para esa formación convocamos a diferentes profesionales como una abogada (...) y había diferentes redes. Esto fue en el 2015 (...) pero qué más que nada era abrir el juego a estas discusiones, para encontrar otras alternativas. Siempre insisto con la perspectiva de derecho. Hay que tener en cuenta que dentro de la DAPS hay mucha gente que tiene la cabeza cerrada, nosotros los médicos Tratamos de tener la más abierta, ir disputando con otros...” (Médico generalista)*

Estos procesos vinculados a las capacitaciones y formación del personal de salud no van necesariamente acompañados con el debate más político ni de procesos de institucionalidad por parte de quienes toman las decisiones en salud municipal para encuadrarlos en el marco de los derechos sexuales, por lo que queda liberado a la voluntad de cada agente para atender o no las ILE en cada centro de salud.

*“Es parte del programa para nosotras, desde que salió la ILE en el 2015, lo venimos planteando” “antes había otro equipo” “en ese caso el ginecólogo no lo quería trabajar, pero me los derivaba, esto respetar también la objeción de conciencia y con este nuevo equipo, dos de las médicas también hacen acompañamiento conmigo y una no, pero nos deriva, digamos no hay una negación, está todo charlado, discutido.” (médica generalista )*

Para otras/os, los debates interpelan las propias concepciones y prácticas de intervención profesionales como la inequidad de género y generacional en las problemáticas de la atención primaria de la salud, repolitizándolas como asunto ético y parte de luchas

colectivas y estrategias emancipatorias, que “han obligado a reformular la categoría de ciudadanía, no sólo para las mujeres sino también para los varones” (Gutiérrez, 2004: 131)

Otro aspecto fundamental en el análisis de los equipos de salud y sus representaciones sobre el aborto es el estigma vinculado a las prácticas profesionales y la interrupción del embarazo. “Para dar cuenta de la dinámica con que opera en la realidad, se ha definido al estigma a partir de la convergencia de componentes interrelacionados, que inician con el etiquetado que las personas hacen de las diferencias humanas; continúan con la generación de los estereotipos y su asociación con atributos negativos vinculados a las personas etiquetadas; posteriormente acontece la separación entre un “ellos” y un “nosotros” y sobreviene la desaprobación, el rechazo y la discriminación, elementos que acontecen en coexistencia con una situación de poder que permite que se desarrollen”(Drovetta, 2018: 20). Los indicadores que darían cuenta del estigma sobre el aborto son: autopercepción negativa de la tarea, miedo a su divulgación, aislamiento y temor a la desaprobación social. En el sentido planteado entendemos que la posibilidad del debate, de la discusión de posiciones personales en los equipos de salud, de profesionales que se ubican en un lugar de dar respuesta legal a un problema de salud que tiene un gran debate público y la creación de espacios de trabajo, de articulación, de red es una manera de sobrellevar y revertir el estigma sobre el aborto.

*(...) “Y lo debatimos varias veces y hubo algunas diferencias, porque el equipo está abierto está incluida hasta la mujer que limpia, lo debatimos entre todos (...) algunos estaban a favor de una, dos o tres vidas (...), la administrativa sabe que si consultan por eso nosotros estamos disponibles, somos abiertos y se discute...” (médico generalista 1)*

En las entrevistas, algunos profesionales se autodenominan “profesionales amigables”, un concepto que estaría hablando de trabajadoras/es que desarrollan sus prácticas con empatía, que promueven la escucha, que buscan resolver los problemas sin emitir juicios de valor ni obstaculizar la entrega de información completa y oportuna. Esta autoreferencia también es un componente que permite derribar el estigma de aborto.

También la conformación e identificación con una red, con un *nosotras/os* que se ubica cerca de *otras/es*, que decide en *ser parte de la solución y no parte del problema*, lema de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir, es un intento de generar una

---

comunidad profesional que *normalice* su trabajo, que genere pertenencia, fortaleza y permita reducir las consecuencias del estigma.

*“Siempre estuve favor de que cada mujer decidiera y elija, o sea que me viene fantástico que esto se hable y salga a la luz, antes era un tema tabú y era un tema que te peleabas con todo el mundo si lo ibas a defender, hasta el día de hoy también (...) es un tema muy sensible...” (Medica generalista)*

*“Con consejería, pre-consulta, digamos antes y tenemos la conexión con las socorristas, ahora si bien está llegando el misoprostol a la muni, antes si no tenías recursos porque hacíamos la receta, teníamos las farmacias amigables, pero si no tenían recursos tratábamos de que lleguen al consultorio o a las socorristas, para ver si podíamos manejar lo económico.” (médica generalista)*

En los equipos, las profesiones vinculadas a lo social como psicología, trabajo social y a salud familiar y comunitaria son quienes tienen una postura bien clara en relación a que el aborto es un derecho sexual y disputan sus posiciones con otras profesiones en el campo de la salud en múltiples intervenciones tales como facilitar información y disponibilidad de escucha, captación y acompañamiento, entre otros.

*“nosotros asumimos una posición política y sabemos que este compromiso que asumimos con la interrupción del embarazo va a llevar a que sea legal, sino sería mucho más difícil. Y es una posición política, y él dice, él no tiene nada en contra de la interrupción, al contrario, cree que es un derecho que tienen que tener las mujeres, yo digo que él no lo va a hacer hasta que no sea legal, pero lo hacemos nosotros y eso está conversado, habilitado y por el equipo consensuado. (Trabajadora Social)*

*“... en cuestión de interrupción legal del embarazo (...), lo hacemos, pero no lo estamos difundiendo entonces no todos saben que lo hacemos, nos falta un montón...” (Trabajadora Social)*

*“fue hermosa esa discusión y dar ese salto en relación a lo que yo puedo pensar y poder ubicarme dentro de un centro de salud como agente de salud (...) hasta ese momento que se puso en tapete la discusión (aborto) cada una se manejaba con*

---

*preconceptos o decisiones personales y en creencias y eso dio la posibilidad de decir bueno no le voy a decir la próxima vez que venga la embarazada, qué divino! y escucharla (...) Interpelo y cambió la práctica y eso nos dio la posibilidad de un acercamiento en el equipo de poder pensarlo, yo creo que estamos muchas mucho mejor” (Psicóloga)*

El reconocimiento de las prácticas realizadas por estos/as profesionales y discursos asentados en el enfoque de derechos, no libres de tensiones y discusión al interior de los equipos, podemos encuadrarlos en aquella denominación de profesionales amigables en tanto atienden las demandas vinculadas a necesidades de las personas en situación de aborto, sin cuestionamientos ni censuras, desvinculados de juicios valorativos, con información completa y precisa, garantizando acompañamientos según los casos o bien la provisión del recurso medicamentoso. En este grupo, podemos incluir a varios/as agentes entrevistadas/os, formando parte de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

La Red de Profesionales por el Derecho a Decidir basa sus argumentos y prácticas en el marco de lo que dispone el Código Penal en su Artículo 86, en la Guía Nacional para la atención de ILE y en la estrategia sanitaria de disminución de riesgos y daños de la mortalidad materna provocada por abortos inseguros, dando información oportuna y segura que no permita que esa interrupción signifique un riesgo a la salud de las mujeres que transitan por un embarazo no deseado. Este modelo de atención fue implementado en el sector público de salud en Uruguay desde 2004 hasta el momento donde se legaliza el Aborto en ese país, como estrategia para minimizar los efectos negativos de prácticas de aborto inseguras, en contextos de leyes restrictivas (Briozzo, Labandera, Gorgoroso y Pons, 2007)

Estas/os profesionales disputan sentidos y prácticas en la medida que son partes de estos procesos colectivos, de movimientos feministas como la Campaña por el Derecho al Aborto Legal. En su carta de presentación y en el sitio web (Carta Pública, 2015) dan cuenta de la construcción de las disputas con la corporación médica o la medicina hegemónica y propone nuevos sentidos para abordar el aborto como un problema que compete al campo de la salud, en palabras de Raquel Drovetta

*“ crear sentido de normalidad es posiblemente uno de los mayores desafíos de la Red, que ha logrado que se instale entre sus integrantes la sensación de que “hay otros como yo”.*

---

*Encontrar una comunidad profesional que “normalice” su trabajo, genera el efecto que se describe como aquel capaz de mitigar la vulnerabilidad al estigma” (Drovetta, 2018: 26)*

La Dirección de Atención Primaria de la Salud Municipal (DAPS) en articulación con la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, realizaron algunas instancias de formación colectivas en el marco del debate por la legalización del aborto: temas como objeción de conciencia, disminución de riesgo y daño en salud reproductiva, uso del misoprostol, que van permitiendo avances en relación a la atención de esta demanda, desde un encuadre de Derechos Sexuales y Reproductivos.

La Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba se pronunció a favor de la accesibilidad al derecho de interrupción legal del embarazo durante el año 2018 y posibilitó la disponibilidad del Misoprostol en los centros de salud, durante el año 2019. Luego, en el año 2020, con el cambio de gestión política se conformó en la DAPS una comisión de Salud Sexual Integral de la Mujer, conformada por profesionales de la Red de Salud con la intención de ir generando instancias de capacitación y un programa institucional que diera respuesta a las ILE. La situación sanitaria que genera la pandemia de Covid19, provocó inicialmente algunas dificultades para el acceso, pero desde marzo de 2020 ya poseen entrega de misoprostol directo de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva dependiente del Ministerio de Salud de Nación y la provisión es constante.

### **3. Reflexiones finales**

Esta ponencia es producto de un proceso abierto que analiza como de las voces entrevistadas emergen posicionamientos diversos de los profesionales en torno al aborto en los centros de salud municipal, responsables de la promoción y prevención de la salud integral en los territorios urbano-periféricos de la ciudad de Córdoba Capital. En unos/as la dimensión moral atraviesa perspectivas, percepciones y auto-referencias de vida de modo naturalizado, trascendiendo posiciones en el campo laboral, en otros/as la perspectiva de derechos aparece más vinculada en profesionales que asocian sus conocimientos y percepciones al activismo militante, buscando intersticios para ampliar la efectivización del derecho por diversos canales (el acompañamiento, el teléfono, la derivación, etc.) cuando no existía el recurso del Misoprostol o en su provisión ante su existencia. En estos extremos ubicamos una zona intermedia a modo de frontera móvil conformado por el grupo de profesionales cuyas prácticas y discursos se vinculan más a los lineamientos de política y

---

cultura institucional, a las normativas vigentes por lo que la aprobación de la IVE en 2020 podría constituir un nuevo escenario de prácticas que garanticen ese derecho en APS.

Más allá de los posicionamientos personales de los/as agentes estatales, se evidencia que la puesta en agenda pública de la ciudadanía sexual de mujeres y otras identidades sexuales por parte de los feminismos y organizaciones sociales, atraviesa la dinámica cotidiana de la mayoría de éstos/as en centros de salud municipales como generadora de espacios de discusión, reflexiones pero también de tensiones, contradicciones y hasta silencios que dan cuenta de perspectivas de abordajes en salud y modelos de atención que disputan sentidos y poder por la reproducción de lo hegemónico versus posicionamientos contra-hegemonicos, interseccionales y vinculados a los derechos de ciudadanía.

Las entrevistas se realizaron a más de cincuenta agentes de salud de 12 centros asistenciales de un total de 100, como dijimos inicialmente no es una muestra generalizable pero sí nos habla de una significativa heterogeneidad de prácticas en salud que nos permitiría pensar que de no mediar un fuerte proceso de institucionalización de esta perspectiva de derechos sobre la ciudadanía sexual, se daría continuidad a prácticas voluntaristas y heterogéneas que no dan cuenta de una planificación en salud desde el municipio.

Por último, rescatar la importancia de la inserción de profesionales en la Red que posibilite varias prácticas instituyentes y de resistencia colectiva en tanto espacio social reconocido y legitimado vinculadas a:

1.- Experiencias de organización y participación profesional, interdisciplinaria y política identificadas con los feminismos, y su agenda de debates en torno a derechos sexuales, abordajes de la violencia de género, acceso a la información y acompañamientos.

2.- Como agentes activos e interlocutores con la gestión política en salud, en defensa de los derechos sexuales y (no) reproductivos, por lo que se generan demandas, espacios de formación, acciones de incidencia en general para que el sistema de salud municipal se haga cargo de estas demandas y sus autoridades las legitimen y promuevan.

3.- El compromiso de acompañar y reconocer a las mujeres en su autonomía y la contención frente a estigmas y prejuicios ante la decisión de interrumpir un embarazo y visibilizar (se) como prestadores del servicio que la realizan efectivamente y sin barreras en los centros de salud en los que trabajan dentro de la jurisdicción municipal.

4.- Ser una red y construir identidad desde este lugar también permite frenar el “estigma” propio, que los otros profesionales imponen a los agentes que acompañan las prácticas de aborto, en el sentido que “*la colectivización de determinados actores se configura como un modo de ejercer resistencias frente a actitudes estigmatizantes* (Drovetta, 2018: 28). El derecho al acceso a la práctica ligada a la interrupción del embarazo como una cuestión de política pública de salud integral, articulada con la acciones del movimiento feminista, incide que no se piense a la misma desde el estigma del “trabajo sucio” sino como otro más de los derechos de las “pacientes”, legitimado y encuadrado en un diversos marcos normativos (Código Penal Argentino, Ley IVE 27610, *Ley de Derechos del Paciente* en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Nro26.529)

En este nuevo contexto normativo donde el aborto es legal, nuestro trabajo durante el 2021 tiene como objetivo poder captar si la aprobación de la ley Interrupción Voluntaria del Embarazo ha permitido avanzar con aquellos efectores que no se animaban por temor más que por convicción y mirar como avanzó o no este proceso instituyente en las garantías de derechos sexuales y (no) reproductivos en la Dirección de Atención primaria de la Salud.

#### **4. Bibliografía**

Briozzo L., Labandera A., Gorgoroso M., Pons J. E., (2007). “Iniciativas sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo”. En Briozzo L. (org.) Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, Montevideo: Arena.

Brown, Josefina (2014): Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006). Ed. Teseo. Bs. As, Argentina.

Di Marco, G. (2012). “Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina”. En SER Social, Brasilia. V. 14, n. 30, p. 210-243, jan. /jun. 2012. [ser.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/viewFile/7451/5752](http://ser.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/7451/5752). Consultado 24/11/2020 en el sitio [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12830](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12830)

---

Drovetta R. I. (2017). “Profesionales de la salud frente al estigma del aborto. Un obstáculo para otorgar información segura a las mujeres que buscan un aborto medicamentoso”. Seminario Internacional sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres. 28 de junio de 2017. Asunción, Paraguay. Inédita.

Drovetta, R, I (2018) Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud; Salud Problema; 24; 12-2018 ver en <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/98264>, consultado el día 15/04/2021

Gutiérrez, M. A. (2004). Iglesia Católica y política en Argentina: el impacto del fundamentalismo en las políticas públicas sobre sexualidad. En Diálogos Sur- Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú. Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile, Universidad

Levín, S. (2010). Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad? Ed. Espacio. Argentina.