

Prácticas feministas en salud y acceso al aborto en Argentina (2018-2021)

Feminist practices in health and access to abortion in Argentina (2018-2021)

Pablo Gudiño Bessone

Centro de Conocimiento, Formación e Investigación en Estudios Sociales
 Universidad Nacional de Villa María, Córdoba, Argentina
 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CCONFINES-UNVM/ CONICET)
 pablo.gbessone@yahoo.com.ar
<https://orcid.org/0000-0002-0525-5024>

ISSN: 0185-4259; e-ISSN: 2007-9176

DOI: <http://dx.doi.org/10.28928/ri/952023/aotio/gudinobessonep>

Resumen

El propósito de este artículo es contribuir al análisis y comprensión de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y sus acciones en el desarrollo de políticas de acompañamiento para el acceso a la interrupción legal y voluntaria del embarazo en el sistema de salud de Argentina. Se abordan los paralelismos entre la Red de Profesionales y la corriente ideológica de la bioética feminista, y la construcción de vínculos democráticos en el proceso de atención médica. El artículo cuenta con una metodología de investigación cualitativa basada en la realización de entrevistas presenciales y *online* que, en este último caso, posibilitaron continuar con el trabajo de campo a pesar de la pandemia del COVID-19. Se procedió a contactar con integrantes de la red de diferentes localidades y provincias, lo que permitió obtener una representación federal de la realidad situacional del aborto en el país.

Palabras clave: IVE/ILE, Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, campo médico, bioética feminista, pandemia.

Abstract

The purpose of this article is to contribute to the analysis and understanding of the Network of Health Professionals for the Right to Decide and its actions in the development of accompanying policies for access to legal and voluntary interruption of pregnancy in the health system from Argentina. The parallels between the Network of Professionals and the ideological current of feminist bioethics, and the construction of democratic links in the medical care process are addressed. The article has a qualitative research methodology based on conducting face-to-face and online interviews that allowed continuing field work in instances of the COVID-19 pandemic. Contact was made with members of the network from different localities and provinces, which made it possible to obtain a federal representation of the situational reality of abortion in the country.

Key words: IVE/ ILE, Network of Health Professionals for the Right to Decide, medical field, feminist bioethics, pandemic.



IZTAPALAPA

Agua sobre lajas

Introducción

Independientemente de la aprobación y consecuente existencia de una Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) —Ley 27.610 sancionada en Argentina en diciembre de 2020 en el escenario de la pandemia por COVID-19—, el aborto continúa siendo una problemática de salud pública en Argentina dada la permanencia de obstáculos y restricciones en el interior de las instituciones de salud pública que interceptan el derecho de las mujeres y otras personas gestantes a acceder a un aborto legal y seguro de manera oportuna.

La ley de IVE reconoce el derecho de las mujeres y demás personas gestantes a decidir y acceder a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 del proceso gestacional. Fuera del plazo establecido, el derecho al aborto solo es permitido en las siguientes instancias: 1) si el embarazo es producto de una violación, y 2) si se encontrara en peligro la vida o la salud de la mujer embarazada.

Entre sus disposiciones generales, la ley de IVE reconoce el derecho de las mujeres a solicitar y recibir trato digno en los servicios de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar sea contraria a los casos legalmente autorizados, esto con el propósito de erradicar situaciones de violencia que tienen lugar en la práctica médica hospitalaria y cuya finalidad consiste en revertir la decisión de las mujeres y gestantes que demandan un aborto seguro. En la citada ley se afirma el derecho a la protección de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de aborto y atención postaborto. También, el acceso a la información segura y el derecho a la autonomía y voluntad de las solicitantes de no ser objeto de juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud.

Con anterioridad a su sanción en 2020, el aborto se encontraba parcialmente despenalizado en Argentina. La vigencia de un Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) actuaba como dispositivo legal para garantizar a las usuarias de los servicios de salud el acceso a un aborto no punible según el modelo jurídico de causales para casos de riesgo para la vida o la salud de la gestante o cuando el embarazo fuera el resultado de un abuso sexual. El denominado modelo de causales se

hallaba regulado por el artículo 86 del Código Penal de la Nación —vigente desde 1921— y por el Fallo F.A.L. “medida autosatisfactiva” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) emitido en 2012. La implementación y puesta en práctica del modelo jurídico de causales implicó avances significativos para la remoción de barreras y obstáculos en el acceso al aborto legal en los hospitales y centros de salud. Sin embargo, dicho dispositivo otorgó al personal médico márgenes de discrecionalidad que, en la mayoría de las oportunidades, se tradujeron en impedimentos arbitrarios y en demoras que obligaron a las mujeres a acudir a la realización de abortos en contextos de clandestinidad y vulnerabilidad sanitaria. Además de esto, no todas las provincias argentinas —producto del conservadurismo cultural de sus instituciones— se adhirieron al cumplimiento y ejecución de los Protocolo de ILE, situación que repercutió en el agravamiento de las desigualdades territoriales en el acceso al aborto legal.

El Fallo F.A.L. puso de manifiesto las contradicciones y debilidades del modelo jurídico de causales, utilizado en la práctica médica para evadir sanciones penales y no para garantizar el derecho al aborto y la autonomía sexual y (no) reproductiva de las mujeres (Deza, 2015; Bergallo, 2016, 2018; Ramón Michel y Cavallo, 2018). En Argentina, la penalización del aborto no disuadió a las mujeres de intentar acceder a él por diversos medios; por el contrario, incidió de modo significativamente negativo en cuanto a las condiciones de desigualdad en escenarios y contextos de clandestinidad (Mario y Pantelides, 2009; Chaneton y Vacarezza, 2011; Petracci et al., 2012; Ramos, Romero y Aizemberg, 2014; Ramos y Fernández, 2020). La reciente aprobación de la ley de IVE se caracteriza por poner en funcionamiento un modelo jurídico mixto, que combina el criterio temporal de gestación con el criterio legal de causalidad (IVE/ILE). Cabe señalar que el uso abusivo y arbitrario de la objeción de conciencia continúa siendo uno de los principales obstáculos para el acceso al aborto en los servicios de salud, a lo que se suma la preeminencia de una cultura médica institucional con tintes conservadores y autoritarios, que se confronta con una concepción y un paradigma de la medicina con perspectiva feminista y de género.

La diversidad de factores y actores que actúan históricamente en Argentina como obstáculos para el acceso al aborto legal llevó, en 2014, a la creación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Este grupo se identifica por ser un espacio con presencia y representación federal, en diferentes provincias y ciudades del país, y por estar integrado por médicas generalistas y ginecobstetras, trabajadoras sociales y enfermeras cuyo objetivo y accionar consiste en el trazado de estrategias de acompañamiento para garantizar el acceso a los servicios de interrupción legal y voluntaria del embarazo en hospitales y centros de salud. Los principales núcleos

de actuación de quienes integran la red son los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) que funcionan como consejerías pre y postaborto. Allí se trabaja en brindar información segura para la interrupción de embarazos con medicamentos y de forma ambulatoria, y se aplica el modelo de salud de reducción de daños y riesgos en los casos de mujeres que se encuentran en condiciones clínicas estables.

La Red de Profesionales surge con la intención de reducir las tasas de mortalidad materna provocadas por abortos inducidos y clandestinos en Argentina. Se estima que más de 3 000 mujeres han muerto en el país a causa de abortos inseguros desde el retorno de la democracia en 1983, y que entre 460 000 y 600 000 recurren anualmente a su práctica de manera clandestina. Estas muertes son el resultado del uso de procedimientos inseguros y de las barreras para acceder a la atención médica. En 2018 y 2020, en las instancias en que se debatió la ley de IVE en las Cámaras de Diputados y Senadores de la Nación, el accionar de la red fue determinante en el encuadre y tratamiento del aborto como problemática de salud pública. El trabajo de la red también incidió en el devenir de conflictos y disputas dentro del campo médico, teniendo en cuenta las resonancias del debate sobre el aborto en la construcción de nuevos modelos y paradigmas que vinculan el activismo feminista con el ejercicio de la práctica médica asistencial.

Los marcos regulatorios e institucionales en los que se realizan las interrupciones de embarazos son importantes y condicionan sus prácticas. Uno de los aspectos más determinantes se refiere a los factores ideológicos que permean la acción médica e implican tanto restricciones como garantías en el acceso a los servicios de salud. En este sentido, en distintas investigaciones surgió el interés por abordar y comprender los impactos e injerencias que presentan los diferentes comportamientos y posicionamientos médicos en el acceso o en las restricciones al aborto legal en el sistema de salud argentino. Algunos trabajos se ocuparon de estudiar las trayectorias, opiniones y experiencias subjetivas de personal médico vinculado a la atención del aborto en el sistema de salud (Ramos et al., 2001; Szulik y Zamberlin, 2017); otros se centran en analizar las estigmatizaciones que padecen tanto usuarias como trabajadores/as del sistema de salud que demandan e intervienen en la realización de abortos seguros (González Prado, 2011; Drovetta, 2018; Szulik y Zamberlin, 2020), y por último, en la misma línea, diversas investigaciones hicieron hincapié en la comprensión de los modelos de acompañamiento y consejerías pre y postaborto, y en los desafíos que supone la atención de demandas de interrupción legal del embarazo en escenarios de legalidad restringida (Dosso, 2013; Fernández Vázquez, 2018; Szwarc y Fernández Vázquez, 2018).

Este artículo pretende brindar un aporte sobre el conocimiento y estudio de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y su accionar en el diseño de estrategias de acompañamiento y contención para el acceso al aborto seguro en el sistema de salud. Partimos de entender la red como un fenómeno que tiene su origen en un contexto de restricciones legales, pero que, independientemente de la vigencia de la ley de IVE, mantiene un compromiso y acción militante debido a la reproducción de obstáculos que en los hospitales y centros de salud siguen existiendo con relación al aborto, y que están vinculados al *modus operandi* de una cultura médica patriarcal que vulnera el derecho a decidir de las mujeres.

El presente trabajo se estructura en tres apartados que abordan los conflictos y cambios de paradigma que, en relación con el aborto, se producen dentro del campo médico y que, en este caso, tienen como protagonistas a las médicas que conforman el espacio de la Red de Profesionales. La primera sección se interesa por analizar los cuestionamientos que las integrantes de la red hacen a la cultura médica autoritaria y su señalamiento como uno de los principales focos sociales que inciden en la negación del derecho de las mujeres a abortar en condiciones sanitarias seguras. Asimismo, se atenderá a las formas en que la red promueve un modo de ejercer la medicina con perfil feminista y perspectiva de género, y cuyas acciones se inscriben en el modelo de la medicina social y colectiva y el enfoque de las vulnerabilidades. Al mismo tiempo, se analizarán los modos en que las médicas se acercan al espacio de la red, ya sea desde trayectorias individuales previas de militancia y activismo en organizaciones feministas, a través de experiencias de observación y contacto con situaciones de vulnerabilidad en el ejercicio de la profesión, o por situaciones personales que, como mujeres, debieron transitar ante un aborto en un escenario y circuito de clandestinidad.

En el segundo apartado, el artículo pretende abordar los paralelismos entre la Red de Profesionales y la corriente ideológica de la bioética feminista, considerando esta última como una ética vinculada al fomento de derechos en el ejercicio de la salud sexual y (no) reproductiva, además de la promoción de buenas prácticas basadas en la no opresión y la construcción de vínculos democráticos y horizontales en el proceso de atención médica. El tercer y último apartado se enfoca en el interés por comprender los agravantes de la pandemia de COVID-19 en cuanto al acceso a una práctica de aborto seguro. Se presta especial atención a las acciones realizadas por la Red de Profesionales en el rediseño de estrategias para dar respuesta a las demandas de interrupción del embarazo en un contexto de saturación y sobrecarga del sistema de salud.

Para la concreción de este estudio se adoptó una metodología de tipo cualitativo, basada en la elaboración de entrevistas en profundidad y semiestructuradas. La selección de esta metodología guarda relación directa con el interés por investigar, describir y comprender la diversidad y multiplicidad de narrativas con las que las integrantes de la red significan los obstáculos y dificultades que existen en el interior del sistema de salud para acceder a un aborto legal, así como los desafíos que implica la incorporación de un modelo de medicina con perspectiva de género y feminista. El recorte temporal del estudio es 2018-2021. En 2018 se realizaron 21 entrevistas presenciales durante los días de votación y tratamiento de la ley de IVE en las inmediaciones del Congreso y Senado de la Nación Argentina en una carpa estand de la Red de Profesionales que me permitió contactar con trabajadoras de salud de diferentes localidades y provincias. Entre 2020 y 2021, y dadas las restricciones del escenario de la pandemia por COVID-19, la técnica utilizada fue la elaboración de cuestionarios a través de Google Forms, lo que me permitió arribar al testimonio de 42 médicas integrantes de la red, a la vez que disponer de una representación y alcance federal de los distintos escenarios y actores estudiados.

Además de los datos revelados en las entrevistas y cuestionarios, también se consultaron fuentes derivadas de las intervenciones de médicas integrantes de la red en medios gráficos y portales web de noticias que sirvieron para sustentar e informar sobre la acción realizada. Los actores contactados fueron médicas generalistas, ginecobstetras y residentes que integran la Red de Profesionales. Cabe aclarar que, con el propósito de preservar la identidad de las entrevistadas, en el artículo se procederá a la utilización de nombres ficticios en las citas testimoniales. Asimismo, se evitará la identificación y localización de los CAPS, CESAC y Centros de Atención de Segundo Nivel, aunque se hará mención del distrito, localidad o provincia al que pertenece la red en la que se encuentran involucradas las personas entrevistadas. No será así en los casos de citas correspondientes a testimonios extraídos de notas en plataformas de noticias web, considerando que la identidad de la persona se hace pública toda vez que la misma es difundida en un medio de comunicación de libre acceso y consulta.

Los resultados y conclusiones de este estudio pretenden ser un insumo útil para informar acerca de las políticas públicas en las áreas de salud sexual y (no) reproductiva, y la diversidad de situaciones problemáticas que se presentan en el sistema público de salud en relación con el acceso a la IVE/ILE. Partimos de comprender la importancia de los factores socioculturales en la configuración y funcionamiento del campo médico, las disputas ideológicas y la diversidad de cosmovisiones y paradigmas que con relación al aborto existen en la práctica médica, y que se traducen en

barreras o facilitadores de dicha práctica. Este artículo pretende dar prioridad a las tensiones que emergen en el interior del campo médico a raíz de los cambios generacionales y el punto de vista crítico y feminista que asume una parte de sus actores.

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir: aborto y práctica médica desde una mirada feminista

En Argentina, los marcos legales que históricamente se encargaron de tipificar el aborto como delito incidieron de modo negativo en la opresión a mujeres y gestantes para continuar con embarazos de riesgo y no deseados, así como también en el aumento de las tasas de mortalidad materna como consecuencia de abortos realizados en contextos de clandestinidad y vulnerabilidad sanitaria. Además, incidieron en la profundización de situaciones de violencia y obstrucción de derechos en los servicios de salud, producto del arbitraje y la discrecionalidad de los poderes médicos e institucionales.

En marzo de 2012, la lucha liderada por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito logró impactar en el pronunciamiento del Fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), el cual emergió con el objetivo de regular la denegación de los abortos legales contemplados en el artículo 86 del Código Penal de la Nación (CPN). El mencionado fallo pretendió actuar en la remoción de barreras que en la práctica médica hospitalaria dificultan el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). A través de la referida sentencia, la CSJN procedió a instar al gobierno nacional y a los gobiernos subnacionales a poner en funcionamiento protocolos y guías médicas destinadas a garantizar la realización de abortos legales en el sistema público de salud, y a no interferir en dicho proceso en el caso de los poderes judiciales (Deza, 2015; Gherardi y Gebruers, 2015; Bergallo, 2016). Esto implicó el devenir de resistencias por parte de los poderes judiciales y de las corporaciones médicas de algunas provincias que se negaron a acatar las recomendaciones del Fallo F.A.L; no obstante, otras jurisdicciones avanzaron en el diseño de dispositivos procesales tendientes a facilitar el acceso a los servicios de aborto en hospitales y centros de salud.¹

¹ El Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en un dispositivo diseñado por el Ministerio de Salud de la Nación para instruir a los efectores del sistema sanitario sobre los procedimientos legales y técnicos que inferen en la provisión de abortos. Es una herramienta de la política

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir tuvo su origen en 2014, en el marco de las restricciones y obstáculos que tenían lugar en el sistema público de salud con relación al cumplimiento y ejecución de los protocolos de ILE. Este grupo se centra en establecer conexiones entre profesionales de la salud de diferentes ciudades y provincias argentinas con la intención de garantizar abortos seguros en hospitales y centros de salud, y erradicar la violencia institucional, misógina y patriarcal en lo que consideran la conformación de un entramado feminista que garantice la atención y apoyo a mujeres y gestantes en la toma de decisiones vitales en materia de salud sexual y (no) reproductiva.

La red surgió del trabajo territorial y comunitario en las consejerías pre y postaborto de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), donde, por un tiempo, funcionó la aplicación del modelo de reducción de daños y riesgos. La aprobación del Fallo F.A.L., dictaminado por la CSJN, contribuyó a la transición del modelo de consejería en la implementación de los Protocolos de Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Esto implicó importantes transformaciones en la legitimidad de las prácticas que el personal profesional de la salud venía realizando con relación a garantizar el acceso al aborto no punible en el sistema de salud (Fernández Vázquez, 2022). La implementación de la ILE no significó el abandono del modelo de consejería, tampoco la eliminación de barreras fácticas en el acceso al aborto seguro. Más bien, se trató de un aval jurídico a la prestación de los servicios de interrupción legal del embarazo, sobre todo en la provisión de medicamentos para la realización de abortos seguros y de manera ambulatoria. En su política de principios, la red afirma que la negación del derecho al aborto legal en el sistema público de salud está relacionada con la preeminencia de un modelo médico conservador y autoritario que vulnera el derecho a la salud y a la autonomía sexual y (no) reproductiva de las mujeres.

Los escenarios de desigualdad social y vulnerabilidad sanitaria que median las prácticas de aborto están vinculados a la injerencia del campo médico en la interposición de obstáculos para el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

sanitaria que se encarga de brindar a los equipos y centros de salud información y evidencia científica segura para establecer estándares de acceso y calidad en la atención de las personas en situación de interrupción de embarazo y postaborto, así como apoyo y respaldo para las instituciones que garantizan dicha práctica. A través del referido Protocolo de ILE, el Estado exige garantizar el derecho y el principio de autonomía sexual y (no) reproductiva de las usuarias de los servicios de salud, el consentimiento informado y, a los efectores de salud, la obligación de garantizar el trato humanizado y la atención clínica adecuada.

Por campo médico entendemos el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes espacios y posiciones, mantienen relaciones de fuerza entre sí tendientes a preservar, adquirir o transformar formas específicas de capital que consisten en imponer definiciones sobre temas relacionados con la agenda sanitaria (Castro y López Gómez, 2009; Castro y Vázquez, 2011; Castro y Erviti, 2015). El campo médico es un espacio atravesado por condicionantes de género que producen *habitus* y sistemas de disposiciones perdurables y transferibles. Se trata de estructuras-estructurantes que actúan como principios organizadores y generadores de prácticas individuales y colectivas y como formas de actuar que son asimiladas por los actores, y a la vez tienen que ver con la cultura y la historia de las instituciones mismas (Bourdieu, 2007; Bourdieu y Wacquant, 2008).

Las médicas que integran el espacio de la Red de Profesionales disputan contra los estigmas y significados culturales punitivos que produce el modelo médico hegemónico y sus efectos en las dificultades para el acceso al aborto legal en el sistema de salud (Menéndez, 1990, 2020).² La aprobación de la ley de IVE en 2020 no ha sido sinónimo de reducción de obstáculos para acceder al aborto legal en condiciones seguras. Tampoco la disuasión de las asimetrías de poder que subyacen en la relación entre el personal médico y las usuarias de los servicios de salud al momento de solicitar la interrupción de un embarazo. En sus itinerarios y tránsito por el sistema de salud, las mujeres son víctimas de violencia institucional, así como de acciones discriminatorias que profundizan situaciones de desventaja estructural y sociosimbólica en términos de género. A menudo, el contexto institucional de

² Por Modelo Médico Hegemónico (MMH), Eduardo Menéndez (1990, 2020) entiende un perfil de la práctica médica propio de la modernidad capitalista del siglo XX, que se define por su carácter biologicista y ahistórico y que no tiene en cuenta los contextos y escenarios de vulnerabilidad en los que se produce el proceso salud-enfermedad. Este modelo se basa en una concepción de la salud que es individualista, y se apoya en la negación de la interferencia que tienen los determinantes sociales en la salud y el bienestar de las personas. La acción médica es solo curativa y no preventiva, y la enfermedad se considera responsabilidad de las personas. Entre otras características, se trata de un modelo tecnocrático que supone un alto grado de medicalización, y una relación de poder paternalista y asimétrica entre personal médico y pacientes, así como una infravaloración de las subjetividades y emociones de quienes usan los servicios de salud. Este modelo se caracteriza por su preeminencia en la cultura del campo médico, y en el caso del aborto constituye una de las principales dificultades para su acceso. Quienes ejercen la medicina bajo el ideario y los lineamientos del mencionado modelo contribuyen a reproducir una forma autoritaria de ejercer la medicina que implica situaciones de violencia institucional y baja democratización en el acceso a la salud.

los hospitales tiende a convertirse en espacio de obstrucción de derechos, y son frecuentes las situaciones en las que el uso abusivo de la objeción de conciencia es utilizado de manera discrecional, de tal modo que se convierte en un obstáculo para la salud y la vida de las mujeres que desean abortar (Vaggione y Puga, 2013; Deza, 2017; Irrazabal, Belli y Funes, 2019).³ Las interacciones entre personal médico y usuarias de los servicios de salud varían según las características de las instituciones y los deseos y metas que persiguen sus actores. En el caso del aborto, la violencia y los vínculos asimétricos de poder entre médicos/as y usuarias se hacen evidentes en las formas arbitrarias de imposición y en la verticalidad que caracteriza el proceso de atención médica, lo que resulta en la expulsión de las mujeres del sistema de salud.

Prácticas paternalistas y autoritarias subyacen en la relación médico-paciente, y es frecuente la violencia que padecen las mujeres al solicitar una intervención abortiva. Los factores sociales y culturales que estructuran el campo médico se materializan en formas de *habitus* que adquieren y asimilan sus agentes. El *habitus* permite a los actores apropiarse de las instituciones y desarrollar un sentido práctico, así, las perspectivas y puntos de vista de los agentes son diferentes según la posición que ocupan en el espacio social objetivo (Bourdieu, 2007). Cada campo tiene sus límites, fronteras y formas de capital que permiten a sus poseedores tener autoridad e influencia, y adquirir consideración y legitimidad. En el campo médico, el capital en juego supone diferentes formas de entender el proceso salud-enfermedad y de concebir la relación entre el personal médico y las usuarias de los servicios de salud. De esta forma, y dado el marco de conflictos que suceden en torno al aborto, son

³ La objeción de conciencia es el derecho subjetivo de abstenerse de realizar cualquier acción u omisión impuesta por la norma jurídica cuando dichas acciones u omisiones sean contrarias a las convicciones religiosas, morales o éticas de las personas. Esta figura jurídica se caracterizó por ser uno de los principales conflictos en el debate sobre la ley de IVE en Argentina, considerando los abusos y dilaciones que su instrumentación conlleva en la práctica médica y que dificultan la realización de abortos en tiempo y forma. La objeción de conciencia es siempre individual, no puede ser institucional, por lo que toda institución a la que se recurra para la práctica de un aborto deberá, en cualquier caso, garantizar su acceso. Tal como lo establece el artículo 10 de la Ley 27.610 de IVE, el ejercicio de la objeción de conciencia no implica la obstrucción del acceso al aborto, sino la protección de las convicciones morales de los/as prestadores/as de salud que se nieguen a conciliar con el cumplimiento de sus obligaciones legales inherentes a la realización de dicha práctica. La objeción no podrá ser ejercida en casos de emergencia, cuando la vida o la salud física de la persona embarazada esté en peligro y requiera de atención inmediata y urgente, o cuando no haya personal sanitario disponible para la derivación a otro centro de salud o para los casos de atención médica postaborto.

determinantes las formas en que las normas y estereotipos de género permean el ejercicio de la práctica médica y su impacto en la reproducción de estructuras sociales de dominación que oprimen y disciplinan el cuerpo y la autonomía sexual y (no) reproductiva de las mujeres (Castro y Bronfman, 1993; Esteban, 1996; Erviti, Castro y Sosa, 2006).

El campo médico no está exento de tensiones, y sus grietas están ligadas a la divergencia de modelos y perfiles que se infieren en las formas de entender y concebir la práctica médica. Así, los modos punitivos con que un sector de la medicina representa y significa el aborto están asociados a un perfil conservador y autoritario que reproduce situaciones de violencia y opresión hacia las usuarias de los servicios de salud. Por el contrario, quienes se adhieren a un perfil de medicina con perspectiva de género y feminista entienden el aborto como un derecho a la ciudadanía sexual y (no) reproductiva, y como un problema de salud pública que afecta, principalmente, a las mujeres inmersas en contextos y escenarios de desigualdad social. Estas discrepancias de perfiles y corrientes permiten visualizar el campo médico como un microcosmos de relaciones sociales y culturales que se imponen y condicionan a sus actores, y como un espacio heterogéneo de competencias y relaciones conflictivas.

Las médicas que componen el espacio Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir desarrollan una agencia crítica y reflexiva sobre las situaciones de violencia y obstrucción de derechos que ocurren en el sistema de salud, pero también de los modos en que esto se relaciona con el androcentrismo cultural que impera en el ejercicio de la práctica médica. La red es un claro ejemplo de la forma en que los actores forjan y construyen subjetividades críticas en el marco de sus interacciones con situaciones de vulnerabilidad e injusticia sociosanitaria. Además, contribuye a comprender el campo médico como un espacio atravesado por fisuras y una multiplicidad de miradas donde el posicionamiento crítico de sus actores está encaminado a transformar los significados culturales que afectan y gobiernan dicho espacio (Boltanski, 2014). Las médicas de la red son sujetos *outsiders* (Becker, 2009) y establecen una subcultura disidente dentro del campo médico (Scott, 2000), además de que conforman una agencia de proyectos orientada a la construcción de una identidad colectiva que implica tanto el devenir de actos de resistencia, como las posibilidades mismas de avanzar en un modelo de medicina comprometido con la praxis feminista y la perspectiva de género (Ortner, 2016). En este sentido, las tensiones con el modelo médico hegemónico se inscriben en los cuestionamientos a una forma de entender y restringir la medicina a su dimensión biologicista, y en el no reparo al interés por comprender la incidencia de los determinantes sociales, culturales y de género en el proceso salud-enfermedad. En lo que respecta al aborto, y

tal como sostienen las médicas de la red, todo está supeditado a la mirada posicional de los/as agentes de salud y a las posibilidades de interconexión y diálogo entre el saber médico y la realidad social de intervención:

En la práctica médica todo depende de la formación y la mirada. No es lo mismo una profesional que mira desde el modelo médico hegemónico, que prioriza lo biológico, que tiene una mirada reduccionista, frente a otro modelo de la medicina con enfoque feminista y de los derechos que tiene en cuenta la historia, los escenarios, y las circunstancias y situaciones de vida de las mujeres que demandan un aborto. Nosotras, como parte de la red, planteamos estas cuestiones como desafío, y entendemos que el género y el feminismo deben ser una mirada transversal en la medicina, y tiene que ver con lo que una va a poner en práctica en el momento de la atención y la consulta. Y poder, en esa mirada, leer, interpretar, escuchar a las mujeres que se acercan con la intención de interrumpir un embarazo para que puedan ejercitar su derecho a la autonomía. Las mujeres pobres son las que más se enferman y mueren por causas de abortos inseguros (Carolina, médica generalista, Villa Lugano, Red Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018).

En lo referente a los acercamientos de médicas al espacio de la red, nos encontramos con una diversidad de situaciones experienciales que sistematizamos de la siguiente manera: 1) la existencia de hilos conductores entre la ideología y el activismo feminista que se traslada, luego, al ejercicio de la práctica médica; 2) transformaciones subjetivas que en el proceso de la atención médica se dan a partir del encuentro y el contacto con mujeres atravesadas por situaciones de violencia de género que manifiestan su deseo de abortar, y 3) el desarrollo de un compromiso ético y político con el derecho al aborto que tiene como punto de inflexión experiencias concretas y biográfica de los actores. En cuanto al primer punto, se encuentran los casos de profesionales de la salud que expresan su incorporación al espacio red en trayectorias anteriores de militancia en organizaciones feministas y trabajo territorial y comunitario con mujeres de sectores populares afectadas por situaciones de violencia, y que sufren las consecuencias de abortos inducidos o practicados en contextos clandestinos. Se trata de experiencias de activismo que se desarrollan en escenarios de precariedad y desde los márgenes, que luego se trasladan al ejercicio de la práctica médica en un compromiso ético, político y feminista de largo plazo para desarrollar estrategias de acompañamiento en el acceso a los servicios de aborto seguro en el sistema de salud:

Mi acercamiento a la Red de Profesionales fue a partir de la militancia en organizaciones feministas en barrios muy pobres y vulnerables de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como lo son la Villa 31, la Villa 11-14, y de ver permanentemente a mujeres que sufrían violencia de género, que eran abusadas por sus parejas, tenían embarazos no deseados producto de esas violaciones, y que me despertaron el compromiso y el interés por poder ayudarlas y acompañarlas. Porque, también, veía las consecuencias de que, al no tener acceso a la salud, utilizaban métodos abortivos caseros como sondas, perejil, un montón de maneras inseguras. Luego de un tiempo, y ya como médica, me ha tocado asistir a mujeres con infecciones avanzadas, sepsis o hasta muertes después de abortos clandestinos e inseguros (Soledad, médica ginecobstetra en CESAC, Flores, Red Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018).

Yo quizá primero me reconocí como feminista. Después, y en el curso de mi residencia médica, me interesé por formar parte de la Red de Profesionales. Porque de alguna manera, en salud, en atención primaria, ya hay una reflexión existente por distintas razones, y cuando supe que existía la red, que había un grupo de médicas que militaban por el derecho al aborto, ni dudarlo. Porque esa siempre fue mi forma de actuar, la de laburar e ir donde tenga que ir para acompañar a las mujeres. Y el hecho de estar en la red me identifica, porque es como formar parte de algo que yo ya venía haciendo (Belén, médica residente en CAPS, Tigre, Red Provincia de Buenos Aires, 2018).

Respecto a los cambios de subjetividades que dicen haber experimentado un conjunto de médicas que se sumaron al espacio de la red, encontramos testimonios que aducen el trato cotidiano con mujeres que asisten a los centros de salud, y cuyo interés y deseo de abortar se debe a embarazos que son producto de violaciones, en la mayoría de los casos por parte de sus parejas. Temas como estos demuestran el compromiso ético y político de quienes integran la red por entender el aborto no solo como una problemática de salud pública, sino también como un acto de justicia reparativa, además de que tienen en cuenta las formas en que el sistema patriarcal hace del cuerpo de la mujer un territorio atravesado por lógicas de abuso y dominación (Segato, 2018). Es decir, la violación no en su interpretación como deseo sexual, sino como un acto de poder que busca reducir a las mujeres a su materialidad corpórea a través de la apropiación y profanación de su intimidad y la supresión de su autonomía:

Son frecuentes y múltiples los casos de mujeres que llegan al consultorio en una situación de vulnerabilidad muy grande, estando en peligro sus vidas, mujeres que son víctimas de violaciones por parte de sus parejas. Son muchas las situaciones de abuso, y cosas como estas que en lo personal me movilizaron a ingresar y participar en la red (Ludmila, médica generalista en CAPS, Red Morón Sur, Provincia de Buenos Aires, 2018).

En las consejerías trabajamos con muchos casos de interrupción de embarazos que son consecuencia de violaciones. Yo en un principio era objetora de conciencia, hasta que un día, después de ver tantas cosas como estas, decidí no serlo más, porque lo que pensé es que yo no podía compatibilizar con este tipo de situaciones. Con el tiempo, y por invitación de otras compañeras, me anexé a la red. Bueno, esas transformaciones, si bien son individuales, son muy valiosas porque es un reflejo de lo que como profesionales podemos cambiar cuando no nos quedamos ajenos a las problemáticas de las personas (Carolina, médica generalista en CAPS, Red La Pampa, 2018).

Finalmente, encontramos casos de médicas para quienes el compromiso ético y político con el derecho al aborto surge de la articulación con experiencias de su vida personal. Médicas que afirman haber sido víctimas de las clínicas de aborto clandestino durante la etapa de su adolescencia y quedar a merced de médicos y médicas que históricamente han lucrado con la ilegalidad y la prohibición de esta práctica. Son testimonios y experiencias que permiten dar cuenta del espacio biográfico (Arfuch, 2007; Meccia, 2020) como una posibilidad de ruptura con las metanarrativas que estructuran el campo médico, y como un punto crítico de transición en los modos en que los actores construyen nuevos correlatos de sentido a partir de la interpretación/resignificación de los hechos vividos. Esto es, la conciencia feminista como un fenómeno que emerge de la lectura retrospectiva de situaciones de injusticia autopercebidas (Ahmed, 2018) y su mutación en la construcción de una empatía política y emocional con el acompañamiento a mujeres que desean abortar:

Yo en mi adolescencia tuve una dura experiencia con el aborto, y está bueno que hoy lo pueda contar. No era ni rica ni pobre, pero tuve que vender todos mis muebles para poder practicar un aborto y fui víctima de unos médicos, muy prestigiosos y renombrados en mi provincia, que lucraban con el miedo y con la voluntad de abortar de las mujeres, te sacaban el documento de identidad, te ponían en una lista y todo ese tipo de cosas. Eso yo lo viví de muy joven, tuve la posibilidad de poder pagar un aborto clandestino y el principal miedo que tenía era el de ser denunciada y el

hecho de poder salir con vida de ese lugar. Lo viví en carne propia, y supongo que ese momento que me tocó transitar en la vida es lo que hoy me impulsa a la lucha, a tener otra perspectiva en lo que hace a la medicina y la salud, a acompañar y estar cerca de las mujeres y al trabajo que hago en la red (Gabriela, médica ginecobstetra en Centro de Atención de Segundo Nivel, Ciudad de Mendoza Capital, Red Mendoza, 2018).

La Red de Profesionales pretende romper con la hegemonía de las representaciones culturales punitivas que obstaculizan el derecho al aborto. Como se puede apreciar en los testimonios de las integrantes de la red, la experiencia es siempre posicional y constitutiva de las subjetividades y la identidad política de los sujetos (Scott, 1992). Como proyecto ético y político-feminista, la red propone un modelo de medicina que se sitúa y conecta con las realidades territoriales, las desigualdades, así como con las situaciones de injusticia y desventaja estructural que afectan la salud y la vida de las mujeres. Es decir, la medicina como praxis feminista transformadora, y como saber situado (Haraway, 1995) contrario a una visión ahistoricista y universal de las problemáticas sociales. Los siguientes testimonios dan cuenta de los cambios de perspectiva que van emergiendo en el interior del campo médico, su dinámica y la agencia crítica de los actores en la búsqueda y construcción de nuevos sentidos y formas de concebir la práctica médica:

En el centro de salud donde yo trabajo realizamos consejerías y acompañamos casos de interrupción voluntaria de embarazos. Generalmente, asisten mujeres sin trabajo estable, dependientes del Estado en términos de transferencias de ingresos, sectores atravesados por problemas de pobreza estructural, mujeres que quedan embarazadas ante situaciones de violencia. Y es ahí, en el trabajo territorial y comunitario, donde una logra aprender la complejidad de las problemáticas y logra ver la medicina desde otro lado (Sofía, médica generalista en CAPS, Ciudad de Córdoba Capital, Provincia de Córdoba, 2018).

Estaba en el tercer año de la carrera de Medicina y ya sabía que las mujeres morían por abortos clandestinos. Terminé de consolidarme como una profesional abocada a garantizar derechos cuando vi morir a una mujer por un síndrome de Mondor en el hospital Eva Perón de San Martín, donde realicé mis primeras prácticas como especialista (Ana Paula, médica generalista, Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón", San Martín, Red Provincia de Buenos Aires, *LATFEM*, 21/ 04/ 2018).

En la consejería en la que estoy, en Villa Sapito, es una zona del conurbano bonaerense muy desfavorecida por las políticas neoliberales y de ajuste, y la realidad de las mujeres que asisten es muy compleja. Lo que me toca ver todos los días es a mujeres sin laburo, sin obra social, que no tienen ni siquiera para comer. La dinámica social en la que estamos inmersas todo el tiempo nos va marcando la agenda de lo que tenemos que hacer y las respuestas que debemos dar como médicas y como red (Malena, residente en medicina general, Villa Sapito, Red Lanús, Provincia de Buenos Aires, 2018).

En Argentina, el cumplimiento y la implementación de las políticas que garantizan el derecho a la interrupción legal del embarazo están sujetos a la voluntad de los actores que forman parte del campo médico. Históricamente, esto se relaciona con la permanencia y continuidad de las trabas que existen en los hospitales y centros de salud con relación al acceso al aborto. Estos obstáculos inciden en la profundización de las brechas entre la dimensión formal y real de los derechos (Jelin, 2011) y en el debilitamiento de la conciencia de ciudadanía de las mujeres de sectores populares que, ante la violencia institucional, desisten de acudir a los servicios de salud. La tarea que realizan las médicas de la red es disfuncional a la reproducción de un modelo médico hegemónico que entiende el proceso salud-enfermedad en su reduccionismo biomédico y no en su dimensión social. El aborto como delito es una construcción social que permea los significados del campo médico, y constituye un agravio y un estigma para el personal de salud que contribuye a garantizar dicha práctica (Cook, 2016).⁴ Así, la producción de estereotipos influye en la prestación de

⁴ Los estigmas vinculados al aborto se definen como atributos negativos que recaen tanto sobre las mujeres que deciden interrumpir un embarazo como sobre las personas profesionales que colaboran para acceder a dicha práctica en el sistema de salud. El trabajo de Dalia Szulik y Nina Zamberlin (2020) constituye un aporte clave al tema; su objetivo es comprender las formas en que las mujeres parten del supuesto de que el aborto siempre es ilegal una vez que su práctica se ha consumado de manera clandestina y tras padecer situaciones de hostigamiento por parte del personal de salud. Para las autoras, la “legalidad oculta” es causa y consecuencia de los estigmas sociales relacionados con el aborto y las formas en que el personal médico que se niega a realizar dicha práctica obliga a las mujeres a interrumpir el embarazo en escenarios clandestinos. Una vez tomada la decisión de abortar, las mujeres inician un recorrido “laberíntico” de búsqueda de soluciones fuera del sistema de salud que las expone a situaciones de riesgo, aunque, en ocasiones, con la posibilidad de contactar con redes de acompañamiento socorristas o con efectoras de salud que garantizan su acceso en el sistema sanitario. En su investigación, Raquel Drovetta (2018) define como “trabajo sucio” la labor estigmatizada que realizan quienes

los servicios de salud y crea sentimientos de culpa en las mujeres que abortan. Sin embargo, quienes integran la Red de Profesionales buscan subvertir y cuestionar la producción de estigmas y deconstruir los significados impuestos sobre el trauma postaborto y su consideración como argumento válido para entorpecer el derecho a la IVE: “El aborto no es un proceso traumático, hay que desmitificar eso, porque cuando verdaderamente existe un acompañamiento amoroso y feminista el aborto deja de ser un trauma” (Laura, médica generalista, CAPS núm. 7 y Servicio Territorial 4, Olavarría, Provincia de Buenos Aires, *Noticias de Olavarría*, 22/11/2021). Con el tiempo, el mote de “médicas abortistas”, en un acto de resignificación, pasó a formar parte de la identidad política y feminista de las médicas de la red, quienes buscan sacar el aborto del lugar de la vergüenza y legitimar dicha práctica como un acto médico reconocido:

Yo no siento ninguna situación de vergüenza ni estigma. Al contrario, yo siempre digo que hay estigmas que valen la pena. Entonces, ni en lo personal ni en lo profesional lo vivo como un señalamiento. Más bien, que haya médicos que se niegan a hacer abortos y que deriven a las mujeres a consultarnos a nosotras, eso habla de cierto reconocimiento (Silvia, médica ginecobstetra en Centro de Atención de Segundo Nivel, Red Paraná, Provincia de Entre Ríos, 2018).

Desde la Red de Profesionales nos acompañamos entre nosotras, y eso nos ayuda a no sentir el estigma y la segregación. Creo que estamos bastante fortalecidas en eso. Yo al estigma no lo siento, por lo menos. Me veo como diferente, pero eso está bueno (Claudia, médica generalista en CAPS, Red Hurlingham, Provincia de Buenos Aires, 2018).

Desde septiembre de 2018, la Red de Profesionales lanzó la campaña “Contá con Nosotrxs: trabajadores de la salud por el derecho a decidir”, con el objetivo de publicar una lista de centros de salud y hospitales que cuentan con efectores de salud que garantizan el derecho a la IVE/ILE. La difusión se hizo a través de las redes sociales de internet —Facebook, Instagram, Twitter, YouTube— con leyendas como: “Médicas, enfermeras, trabajadoras sociales; estamos acá para vos, hermana”, “Negar el acceso al aborto seguro es una práctica violenta y poderosa de los profesionales de la salud” o “La ley de IVE busca desarmar la hipocresía de quienes se

conforman la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, que han cambiado su percepción sobre el aborto luego de unirse a la organización.

autodenominan objetores de conciencia y practican abortos clandestinos con fines lucrativos”. La campaña sirvió para lanzar y poner en práctica una línea telefónica destinada a realizar consultas y facilitar el acceso al aborto en el sistema de salud. La acción surgió para contrarrestar la consigna “No cuenten conmigo”, que encabezaba un grupo de médicos vinculados al activismo religioso conservador y de oposición a la ley de aborto.

La Red de Profesionales propone un modelo de medicina atento a comprender los efectos de las desigualdades sociales y sus impactos en la salud de la población. Se interesa en abordar el binomio salud-enfermedad en su intersección con un análisis multicausal de las desigualdades que, en el caso del aborto, supone el agravamiento de los riesgos producidos por los escenarios de pobreza y los condicionantes de género. La acción desarrollada por las médicas de la red se inscribe en la corriente ideológica de la medicina social y la salud colectiva con especial enfoque en el análisis de las vulnerabilidades (Schraiber y d’Oliveira, 2014; Casallas Murillo, 2017; Ayres, Paiva y Maria, 2018) que plantea un abordaje epistemológico del objeto salud en su interrelación con los escenarios y contextos de precariedad. Esto es, el derecho a la salud como algo que emerge de la observación y lectura crítica de las situaciones de vulnerabilidad en la que están inmersas las poblaciones, y de la construcción de sinergias colectivas orientadas a intervenir en la reducción de riesgos y la maximización de los cuidados y el bienestar. Los nexos entre el modelo de la medicina social y la perspectiva feminista suponen el devenir de una batalla cultural dentro del campo médico: “Somos un feminismo de la cercanía, de la escucha, que está en cada uno de los barrios, que sabe cuáles son las realidades, que está en los centros de salud y en los hospitales” (Estefanía, médica generalista y de familia, Hospital Solano de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, *Nuestras Voces*, 26/01/21). La red busca recuperar el rol activo y transformador de la medicina, haciendo del contacto con el territorio y la mirada feminista un marco para la construcción y consolidación de derechos en el campo de la salud.

La Red de Profesionales y sus nexos con la bioética feminista: “consultorios amigables” y vínculos democráticos en la atención médica

El siglo xx se caracterizó por la evolución de los debates en el campo de la bioética, tanto en su vertiente clínica y asistencial como en el desarrollo de la investigación biomédica. El derecho a la eutanasia, la procreación artificial asistida y el aborto

llevaron al aumento de conflictos éticos en la práctica médica y a la posibilidad de pensar en procedimientos y soluciones para abordar estos problemas. Estos debates se intensificaron en la medida en que los avances científicos y tecnológicos impactaron en el proceso salud-enfermedad y en la intervención de aspectos fundamentales relacionados con la vida y la muerte —fecundación *in vitro*, congelamiento de embriones, anticoncepción, muerte digna, entre otros—. Los debates en bioética también estuvieron mediados por nuevos escenarios históricos y socioculturales en los que las demandas de justicia y reivindicación de derechos de grupos sociales postergados incidieron en la reconfiguración de vínculos con el Estado y el sistema de salud (Luna y Salles, 2002). Estos debates significaron, además, nuevas formas de plantear la relación médico-paciente a partir de los cruces que se fueron produciendo, por ejemplo, entre la epistemología feminista, la perspectiva intercultural y el pensamiento crítico en salud.

Hasta el día de hoy, la corriente ideológica de la *bioética principalista* (Beauchamp y Childress, 1989) se caracteriza por ser la más influyente en el campo de la salud, y actúa como modelo y guía para enmarcar los aspectos éticos en el proceso de la atención médica. Esta corriente, cuestionada por su carácter instrumentalista, su universalismo y su visión abstracta, se estructura en la formulación de cuatro principios que se proponen como la base orientadora de la praxis médica asistencial. Así, el principio de autonomía postula que los valores y preferencias de los/as pacientes deben tener prioridad en virtud de su dignidad como personas jurídicas y sujetos de derecho. Uno de los pilares de esta máxima es el consentimiento informado, que propone romper con el paternalismo médico y con los vínculos asimétricos entre profesionales y usuarios/as de los servicios de salud. El *principio de beneficencia* se refiere al mandato moral que tiene el personal médico de actuar en beneficio de quienes se someten a tratamientos e intervenciones. Por último, tanto el supuesto de *no maleficencia* como el *principio de justicia* se refieren a la reducción de daños y riesgos y a la distribución equitativa de los recursos sanitarios.

La proliferación de debates vinculados a la bioética contribuyó a la comprensión de la dinámica y la trama de los conflictos que ocurren dentro del campo médico, lo que ha permitido develar el perfil ideológico y vocacional de sus actores y sus impactos en el proceso salud-enfermedad. El caso de la bioética principalista se convirtió en un referente conceptual clave para regular la praxis médica, aunque, en ocasiones puntuales, sus postulados tienden a contradecirse, cuestión que debilita sus propuestas (Maliandi y Thüer, 2008). Entre los puntos más resonantes de los conflictos bioéticos destacan los desacuerdos sobre la injerencia de la religión o la defensa del laicismo en temas como el aborto. Un ejemplo de ello lo conforman

las disputas de cosmovisiones entre quienes defienden la *bioética personalista* de perfil confesional, que definen el aborto como un mal absoluto, como un delito de gravedad moral, y quienes, por el contrario, se suscriben a la corriente de la *bioética feminista*, que entiende el derecho a la interrupción del embarazo en su intersección con el análisis de los contextos culturales, sociales y económicos, y sus incidencias en el devenir de las opresiones y lógicas asimétricas de poder que obstaculizan el ejercicio de los derechos sexuales y no reproductivos de las mujeres.⁵

La *bioética feminista* comparte, en gran medida, aspectos fundamentales de la *bioética principalista* tales como la defensa de la autonomía en la toma de decisiones, la crítica al paternalismo médico y la igualdad de derechos en el acceso a la salud. Si bien esto último es acertado, cabe precisar que sus distancias y diferencias con el principalismo están en el cuestionamiento al abstraccionismo, el tecnicismo y la generalización de sus postulados, así como en la forma en que esto dificulta la atención y preocupación por los elementos contextuales y socioculturales que componen el proceso salud-enfermedad. Las discusiones en bioética y los saberes en medicina han estado atravesados, tanto histórica como culturalmente, por parámetros androcéntricos tendientes a relativizar la situación de opresión y vulnerabilidad de las mujeres y sus impactos en la calidad de vida y bienestar. La bioética feminista discute el papel que ha tenido la medicina en el sometimiento y la abnegación de

⁵ Los defensores de la *bioética personalista* consideran el aborto como un ataque moral al derecho a la vida de los fetos/embriones en la definición de estos últimos como sujetos de derecho desde la concepción hasta la muerte natural. El derecho fundamental a la vida comienza en el momento de la concepción biológica y es sobre esta base que consideran que se puede ejercer el derecho a la libertad y garantizar la objetividad de los valores y normas (Basso, 2010). Esta corriente de pensamiento, ligada a la doctrina e institucionalidad de la Iglesia católica, ha asumido históricamente notoriedad en el conjunto de los debates por la legalización del aborto, la eutanasia, los límites a la intervención de las biotecnologías, y las determinaciones personales en las fases iniciales o terminales de la vida. En particular, y en lo que respecta al aborto, es un principio y postulado al que recurre de manera constante un sector de las corporaciones médicas de perfil confesional y en el que fundamentan el ejercicio de la objeción de conciencia. A contramano de esta corriente, la *bioética feminista* reivindica principios laicos y un pluralismo y neutralidad de valores en las formas de ejercer la medicina frente a las injerencias de las religiones y en lo que sería la defensa de una sociedad secular (Sábada, 2004). En este sentido, el aborto no solo es interpretado en su vinculación con el derecho a la autonomía no reproductiva, sino, también, en función de los modos en que los determinantes sociales, morales y religiosos inciden en la propensión de riesgos a la vida y la salud de las mujeres.

los derechos de las mujeres. Asimismo, se encarga de cuestionar las estructuras sexistas y patriarcales que operan dentro del campo médico y que, en el caso del aborto, implican la vulneración de los derechos sexuales y no reproductivos (Holmes y Purdy, 1992; Wolf, 1996; Sherwin, 2014).

Otro aspecto importante que propone la bioética feminista es la crítica a la universalidad de la experiencia que plantea, en este caso, la *bioética liberal*. La perspectiva liberal en bioética postula la autonomía de las personas como un valor en sí mismo, pero no tiene en cuenta los límites y obstáculos que representan las desigualdades y las condiciones diferenciales de vida que experimentan las mujeres (Diniz y González Vélez, 1997; Capdeville y Arlettaz, 2018; Luna y Salles, 2002). Si bien el liberalismo significó la ampliación de los debates en bioética en temas tales como el laicismo y el pluralismo de cosmovisiones en el campo sanitario, sus formas de presentar los significados sobre la justicia y la autonomía fueron ajenos a la comprensión de los contextos y escenarios en los que se desarrolla la práctica médica. En consecuencia, la persistencia histórica de obstáculos y asimetrías de poder entre médicos/as y usuarios/as de los servicios de salud revelan la debilidad y la crisis de los postulados liberales. A diferencia de esto, el enfoque feminista en bioética propone una idea de autonomía que va más allá de su consideración como un absoluto, y la ubica en su interrelación con el análisis de la cultura institucional y el modo de comportamiento de los agentes de salud. De esta forma, el concepto de *autonomía relacional* toma en cuenta a las mujeres no como sujetos individuales aislados, sino inmersos en estructuras de desigualdad social y de género que afectan los vínculos y la relación con el sistema de salud (Marsico, 2003).

Para la bioética feminista, el concepto de *autonomía relacional* es clave en la medida en que permite evaluar críticamente los determinantes sociales y de género que condicionan la toma de decisiones en salud. En lo que respecta al aborto, esto se relaciona con las experiencias de vida concretas y contextualizadas de quienes demandan el acceso a dicha práctica, además de las formas en que las desigualdades sociales y las asimetrías de poder que operan en el sistema de salud expulsan a las mujeres y las someten a situaciones de precariedad y riesgo. La bioética feminista invita al debate sobre los principios de autonomía y justicia, pero también se interesa por abordar los aspectos sociales y culturales que condicionan el derecho a la salud y la calidad de vida de las mujeres. Lo que propone son cambios sustanciales en la cultura médica con el objetivo de generar transformaciones ideológicas y estructurales para romper con una mirada de la medicina como disciplina objetiva y neutra (López de la Vieja, 2008). Las desigualdades se constituyen en límites reales que inciden en el proceso salud-enfermedad, mientras que el ejercicio de la autonomía

en salud se entrelaza con los marcos de oportunidades diferenciales que inciden en la exposición a situaciones de riesgo y vulnerabilidad.

Además del concepto de *autonomía relacional*, la bioética feminista plantea cuestiones como la *elección informada* y el *principio de no opresión* (Marsico, 2003). La elección informada refiere a las prácticas de empoderamiento en la toma de decisiones frente a las imposiciones que generalmente se dan por parte de la comunidad médica. Este concepto plantea diferencias sustanciales con el principio de *consentimiento informado*, que hace referencia a una actitud pasiva de las mujeres en la consulta médica. Respecto al aborto, el consentimiento informado se limita al acto de informar a las usuarias de los servicios de salud acerca de los posibles riesgos que puede conllevar el ejercicio de dicha práctica, aunque en el fondo lo que se busca es eximir de responsabilidades y deberes a los/as médicos/as intervinientes. A diferencia de esta última, la *elección informada* consiste en la atención y el asesoramiento integral que se brinda a las personas que se someten a un aborto para que puedan tomar una decisión de acuerdo con sus necesidades, preferencias y deseos. Esto mismo con el fin de garantizar el acceso a información válida y científica, apuntando a la democratización y trato horizontal entre usuarias y efectivos de hospitales y centros de salud.

Las teorías feministas basadas en el llamado “giro experiencial” y la “epistemología situada” (Scott, 1992; Haraway, 1995; Smith, 2012; Trebisacce, 2016) son claves para cuestionar el modelo médico autoritario (Castro y Erviti, 2015) y plantear nuevos puntos de vista disidentes en bioética. Siguiendo esta línea, y en lugar de un enfoque anclado en la producción de significados y saberes abstractos sobre la justicia y la autonomía, la bioética feminista propugna un análisis que tenga en consideración las experiencias situacionales de vulnerabilidad, así como las microviolencias que ocurren dentro del campo de la salud (Tong, 1997; López de la Vieja, 2008; Sherwin, 2014). En ese sentido, el *principio de no opresión* surge como un concepto que pretende vislumbrar las asimetrías de poder que se dan en el marco de la atención médica, al mismo tiempo que devela las formas en que, históricamente, el ejercicio de la medicina se constituye con base en el sexismo y la dominación masculina.

Los postulados feministas en bioética pretenden visibilizar los sesgos de género que ocurren en la práctica asistencial, a la vez que invitan a pensar sobre posibles cambios y transformaciones culturales en el campo médico. Al respecto, en quienes integran la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir es posible observar líneas de conexión directas con la bioética feminista. Este colectivo, además de ser una voz disidente en el ámbito médico, realiza acciones encaminadas a superar las trabas existentes en los hospitales y centros de salud en relación con el aborto.

Asimismo, se caracteriza por promover un modelo de medicina libre de violencias, paternalismo y coerción en la toma de decisiones: “Somos quienes nos negamos a reproducir la violencia institucional y la misoginia patriarcal sobre las cuerpas/cuerpos de quienes deciden gestar y de quienes deciden no hacerlo” (Carolina, médica generalista, Hospital Julio C. Perrando, Resistencia, Provincia de Chaco, *Página/12*, 17/07/2018). El aborto es entendido como un derecho de ciudadanía, y lo que se observa en las médicas de la red es el ejercicio de un trabajo contencioso, encaminado a romper con las situaciones de injusticia y opresión que sufren las mujeres en su trato cotidiano con el sistema de salud.

El problema del aborto acentúa situaciones de desigualdad social al tiempo que demuestra la existencia de vínculos sociales asimétricos mediados y legitimados por la cultura (Frasser, 2008; Reygadas, 2020; Kessler, 2014). La cultura institucional patriarcal que impera en el campo médico contribuye a la producción de vulnerabilidades, y el aborto visibiliza situaciones de violencia social subyacente que interfieren en la toma de decisiones de las mujeres respecto a su salud y derechos reproductivos. La reproducción de desigualdades va siempre de la mano con la producción de diferencias (Jelin, 2020), y el acceso y trato diferenciales que reciben las mujeres en el sistema de salud están sujetos a normas y estereotipos de género. Siguiendo esta línea, el padecimiento de la violencia institucional aumenta según la estratificación de clase y se evidencia en el maltrato que reciben las mujeres pertenecientes a sectores populares en el marco de la atención obstétrica, en los controles ginecológicos, y en la atención del aborto y postaborto. En ese sentido, la Red de Profesionales propone politizar el campo médico, apuntando a la producción de un ideario de salud basado en la inclusión y la promoción de derechos. Como grupo, su principal horizonte político consiste en revertir los contextos de desigualdad social en los que se desarrollan y tienen lugar las prácticas abortivas, cuestión que se vincula con los postulados de *autonomía relacional* propios de la bioética feminista.

El concepto de *autonomía relacional* nos invita a prestar atención a los diversos escenarios socioeconómicos en los que se desarrolla la práctica del aborto. También, en los impactos de las desigualdades relacionados con la toma de decisiones y sus repercusiones en la salud y calidad de vida de las mujeres: “La mujer que pueda pagar un aborto clandestino lo podrá hacer y las más vulnerables son las mujeres pobres, quienes van a sufrir secuelas de un aborto inseguro” (Soledad, médica ginecóloga en CESAC, Flores, Red Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018). Posicionadas desde el feminismo, las médicas de la red trabajan para garantizar el acceso a la salud y dar cuenta de las vulneraciones de derechos que enfrentan las mujeres al pretender acceder a una interrupción del embarazo en el sistema de salud: “Ninguna mujer

se embaraza para abortar; entonces, ante la situación de un embarazo inesperado, inoportuno o no deseado, nuestra tarea como médicas es acompañar y respetar la decisión de las mujeres” (Silvia, médica ginecobstetra en Centro de Atención de Segundo Nivel, Red Paraná, Provincia de Entre Ríos, 2018).

La Red de Profesionales surge con el propósito de cuestionar las verticalidades asimétricas que históricamente han dado sentido y forma al proceso de atención médica. Esta crítica está directamente relacionada con los postulados de *decisión informada* y el *principio de no opresión* que, como hemos visto, propaga la bioética feminista (Marsico, 2003; Sherwin, 2014). Por su parte, el principio de *decisión informada* se manifiesta en la defensa que, desde el espacio de la red, se hace del derecho a la libertad (no) reproductiva de las mujeres y en el cuestionamiento de la injerencia del paternalismo médico en la toma de decisiones. Por otro lado, el postulado de la *no opresión* adquiere notoriedad en el trabajo que realiza la red en la promoción de relaciones democráticas, de horizontalidad y confianza en el vínculo entre médicos/as y usuarias de los servicios de salud.

Volviendo a los servicios de consejería pre y postaborto que funcionan en los CAPS y los CESAC —donde mayoritariamente encontramos la presencia de médicas de la red— estos actúan como espacios de asesoramiento y acompañamiento personalizado en cuanto a toma de decisiones informadas. El vínculo personalizado y de confianza que se intenta construir desde las consejerías —los denominados “consultorios amigables”— permite a las mujeres no solo reafirmar su decisión de abortar, sino también contar con información segura sobre todas las técnicas y métodos posibles para hacerlo. El modelo de consejería significó un avance importante, ya que implicó que prácticas antes no accesibles, o que se realizaban con métodos inseguros, pudieran ingresar al sistema de salud. Asimismo, contribuyó a evitar embarazos que se hayan continuado a la fuerza por miedo, desconocimiento o resignación. Con la aprobación de la ley de IVE en 2020, y pese a la vigencia de trabas y dilaciones, las médicas de la red consideran que el escenario es otro. Para solicitar un aborto, y dentro de los marcos legales, las mujeres no necesitan aprobación médica, lo que implica revertir situaciones arbitrarias y empoderar la autonomía reproductiva de las mujeres.

En Argentina, el modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) es una de las políticas públicas con mayor consenso (Ase y Buriyovich, 2009). No obstante, en el momento de hacer efectiva una demanda y solicitar un aborto todo depende de los entramados institucionales, de las diferencias subjetivas y de la perspectiva de género del personal médico que forma parte del sistema sanitario: “A puertas cerradas de un consultorio se ponen en juego el conocimiento y la perspectiva de

salud que cada profesional tiene” (Lorena, médica generalista, Hospital del Este, *La Nota*, Tucumán, 10/03/2021). La existencia de una ley de IVE permite que las médicas que trabajan y colaboran en garantizar abortos seguros puedan realizar su tarea libre de intimidaciones y sin estar asediadas por el temor a la denuncia y el hostigamiento institucional: “La legalización del aborto nos posibilita dejar de ser juzgadas dentro del mismo sistema de salud. Eso es muy importante porque, además, permite mejorar la calidad de la práctica y una mayor articulación entre los equipos de salud” (Carla, médica ginecobstetra en Centro de Atención de Segundo Nivel, Santa Rosa, Provincia de La Pampa, 2018).⁶

El principio bioético y feminista de *no opresión* es uno de los pilares ideológicos de la Red de Profesionales, en tanto lo que se propone como colectivo es la erradicación del patriarcado y el autoritarismo en la cultura médica. La construcción de vínculos “amorosos” entre médicas y usuarias de los servicios de salud surge del cuestionamiento a la preeminencia de una cultura social donde la violencia, las desigualdades y los abusos son una realidad constante en la vida y el sufrimiento de las mujeres, y donde la medicina no es la excepción. Además de trabajar en el acompañamiento para el acceso a la IVE, las médicas de la red buscan derribar la existencia de prejuicios sobre las mujeres que abortan. Los “consultorios amigables”, que funcionan en los centros de atención primaria y comunitaria de salud, actúan

⁶ Las consejerías no solo se caracterizan por prestar servicios de acompañamiento para el acceso a la IVE, también funcionan como clínicas integrales de salud que ofrecen controles ginecológicos y asistencia en el uso de métodos anticonceptivos. Para los casos de aborto, uno de los métodos más utilizados es el farmacológico —aborto con pastillas—, al que se suma el método instrumental —técnica de AMEU de aspiración intrauterina manual—. El primero de ellos es el método más utilizado y recomendado por las médicas de la red, ya que permite a las mujeres realizar un aborto de forma ambulatoria y autogestionada con el debido acompañamiento y seguimiento profesional. El tratamiento farmacológico significó un avance importante en Argentina para la realización de abortos seguros, aunque una de las principales dificultades es la falta de presupuesto para el acceso y distribución del Misoprostol. La AMEU es una técnica posible de realizar en un CAPS o CESAC, ya que no requiere la disponibilidad de quirófano para su procedimiento. Para los casos de aborto en los que los plazos de la gestación no concuerden con los tiempos legales, se derivan al Segundo Nivel de Atención. La técnica utilizada allí consiste en el legrado, dilatación y evacuación, y la paciente debe ser hospitalizada. Según los testimonios y experiencias de las médicas de la red, las posibilidades de acceder a un aborto en el Segundo Nivel de Atención son siempre complejas, y se encuentran atravesadas por una variedad de obstáculos y un mayor número de médicos/as que se definen como objetores/as de conciencia.

como espacios de escucha y empoderamiento feminista para promover la toma de decisiones autónomas. La tarea de la red consiste en humanizar los servicios de salud para convertirlos en lugares accesibles, y no en espacios de tortura y vejación de derechos: “Como profesional, lo que pretendo es garantizar el derecho de las mujeres a poder abortar, ese es mi rol, seguir apostando por una mayor calidad humana del sistema de salud” (Malena, residente en medicina general, Villa Sapito, Red Lanús, Provincia de Buenos Aires, 2018); “Nosotras nos posicionamos siempre desde el lugar de escuchar, de respetar y acompañar a las mujeres. Trabajamos desde lazos feministas para evitar que quienes decidan abortar sufran los efectos del maltrato institucional” (Gabriela, médica ginecobstetra en Centro de Atención de Segundo Nivel, Ciudad de Mendoza Capital, Red Mendoza, 2018).

Entre obstáculos y prácticas innovadoras: los desafíos de acompañar a abortar en pandemia

En Argentina, la crisis sanitaria provocada a raíz de la pandemia por COVID-19 reveló procesos de profundización de las desigualdades sociales, al tiempo que contribuyó a la cristalización de problemas estructurales que afectan el desarrollo y funcionamiento del sistema público de salud. La propagación vertiginosa del COVID-19 en el territorio argentino, y el consecuente aumento de los contagios, implicó la toma de medidas por parte del Estado nacional y los estados subnacionales con el propósito de mitigar el impacto epidemiológico. A través del Decreto Presidencial 297/2020, el gobierno nacional dictaminó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), que supuso el confinamiento de la población en sus respectivos hogares y restricciones a la circulación de personas, excepto para la provisión de insumos básicos y para personal de servicios esenciales.

Las principales medidas gubernamentales para afrontar la pandemia y evitar el incremento de los contagios fueron el aislamiento, la cuarentena, y el distanciamiento social y preventivo (DISPO). Entre los días 20 de marzo y 26 de abril de 2020, las medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) afectaron a todo el país. Posteriormente, se establecieron fases de aislamiento segmentadas por territorio según lo ameritara la situación epidemiológica y sanitaria de cada lugar. Las medidas de ASPO se implementaron en cinco fases, sujetas a la realidad sanitaria de cada área geográfica. La fase uno —de estricto aislamiento— se caracterizó por reducir la movilidad social en un 90 %, la fase dos adquirió la forma de aislamiento administrado, la fase tres fue de segmentación geográfica, la fase cuatro de reapre-

tura progresiva y, finalmente, la fase cinco fue de normalidad. Cada provincia quedó facultada para aplicar y poner en funcionamiento sus propios protocolos sanitarios, a la vez que para flexibilizar o reforzar las medidas de aislamiento acordes a la expansión local del virus.

Las medidas de ASPO tenían como objetivo mitigar el impacto epidemiológico de la pandemia. A pesar de esto, la implementación de dicha política generó efectos directos e indirectos en los ámbitos de la vida social de la población con los mayores índices de precariedad y desigualdad socioeconómica. Ejemplos de ello han sido la ola de suspensiones y despidos laborales, la reducción y pérdida de ingresos económicos en los hogares, la interrupción y desestructuración de los circuitos de la economía social y popular, la pérdida de bienestar y deterioro de las condiciones materiales de vida, la inseguridad alimentaria, y la obligación de cumplir con el confinamiento y la cuarentena en situaciones de hacinamiento y crisis habitacional.

Durante el primer semestre de 2020, el gobierno argentino implementó una batería de políticas de contención social con el fin de reducir los efectos colaterales de la crisis sanitaria. En este sentido, las políticas de transferencias monetarias —refuerzos presupuestarios para la asistencia alimentaria, aumento de los fondos destinados a los planes sociales y la Asignación Universal por Hijo (AUH)— fueron instrumentos de protección social destinados a paliar la situación de vulnerabilidad de las familias en situación de pobreza. Asimismo, se formularon y desarrollaron nuevas políticas de apoyo y contención económica, entre las que destacan el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y el Programa de Asistencia al Trabajo y la Producción (ATP) de Emergencia, orientados a garantizar la protección social de estratos sociales más amplios.

Independientemente de los esfuerzos realizados por el Estado argentino, en el primer semestre de 2020 se registró un aumento del índice de pobreza, que alcanzó al 40.9 % de la población. Esto significó que, entre 2019 y 2020, 2.5 millones de personas se encontraban en situación de pobreza, y que la pandemia tendió a agudizar las brechas de desigualdad estructural ya existentes. Además, la pandemia y las medidas ASPO tuvieron impacto en el cese de la educación presencial. El cierre de escuelas acentuó las inequidades educativas de niños, niñas y adolescentes de sectores populares, esto considerando que dicha institución se caracteriza por funcionar como un espacio de contención tendiente a garantizar la seguridad alimentaria de quienes asisten a esos establecimientos.

La crisis desatada por la pandemia contribuyó a profundizar las desigualdades y brechas de género, y entre la población más afectada se encontraban las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables. Previo al escenario del COVID-19, las mujeres

registraban menores tasas de participación laboral —la mayoría vinculadas a la economía informal—, a lo que se sumaba una sobrecarga de trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado. Así, la crisis sanitaria supuso la acentuación de la feminización de las tareas de cuidado, y esta problemática se reflejó en el caso de hogares de menores ingresos económicos, con mayor número de hijos, adultos mayores dependientes, y con condiciones de edificación y viviendas precarias (Castilla, Kunín, Blanco Esmoris, 2020; Kessler y Benza, 2021).

Las mujeres de sectores populares fueron quienes, además, se involucraron en diversas formas de activismo social para enfrentar los malestares socioeconómicos de la pandemia. En concreto, destaca la labor que realizaron las mujeres de los barrios populares en el sostenimiento de la crisis a través de comedores y merenderos. Las tareas de cuidado comunitario se caracterizaron por ir más allá del hogar, siendo las mujeres las principales protagonistas, ya sea como mediadoras de las políticas públicas para gestionar la alimentación, para brindar apoyo escolar y para contribuir con el trabajo que realizaban los centros de salud, entre otro tipo de actividades que, necesariamente, no suponen una retribución económica (Palomo y VenturIELlo, 2021). El contexto de la pandemia implicó, por otra parte, un incremento de la violencia doméstica y de género pues las mujeres se vieron obligadas a convivir con sus agresores durante el confinamiento, ello sumado a la existencia de barreras y dificultades que surgieron para interponer denuncias o pedir ayuda.

En cuanto a los servicios de anticoncepción y aborto, también se vieron afectados por el estallido de la pandemia, no solo por la sobrecarga del sistema de salud y la priorización de la atención de los casos de COVID-19, sino también por el confinamiento y el ASPO, que impedían a las mujeres acudir a hospitales y centros de atención primaria de la salud. En Argentina, la existencia de un sistema de salud fragmentado entre niveles y jurisdicciones, y el deterioro en el alcance de dicha política a las usuarias de los servicios, se vieron agravados por las restricciones impuestas en el contexto de la crisis sanitaria. De todos modos, el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos ya estaba limitado antes de la pandemia. Esta incidió en una reorganización del sistema de salud y en la disminución de la oferta de servicios de consejería abortiva y postaborto, producto de la reasignación de espacios y consultorios para cumplir con la atención y hospitalización de los casos derivados del COVID-19. Al mismo tiempo, también se registró un aumento de la violencia de género e intrafamiliar que repercutió en el aumento de los embarazos no deseados, a lo que se sumaron la suspensión de los controles ginecológicos, la escasez de personal sanitario disponible y las interrupciones en la provisión de métodos anticonceptivos.

En lo que respecta al aborto, la emergencia sanitaria por COVID-19 significó la modificación y restricción de los espacios de atención en salud, lo que implicó una barrera y un impedimento más allá de los obstáculos ya existentes, como la objeción de conciencia, las dilaciones y el conservadurismo médico que históricamente se ha resistido a garantizar las demandas y prácticas de ILE/IVE. El contexto de aislamiento social profundizó los obstáculos de acceso de las mujeres a los servicios de salud y, ante ello, las prácticas sanitarias feministas resultaron oportunas a propósito de contribuir a amortiguar los impactos de la pandemia (Saletti-Cuesta y Aizenberg, 2021).

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir se caracterizó por asumir un papel clave en el escenario de la crisis sanitaria al poner en práctica acciones encaminadas a garantizar los servicios de consejería en salud sexual y (no) reproductiva y a facilitar el acceso a la ILE/IVE. Para el desarrollo de la investigación, y tal como se encuentra explicitado en la introducción, se procedió a la realización de entrevistas a integrantes de la red con la finalidad de comprender cuáles, desde sus perspectivas, fueron los impactos sociosanitarios de la pandemia y de las medidas de ASPO en el acceso a la anticoncepción y al aborto seguro y legal. De acuerdo con los datos y testimonios recabados, el mayor impacto derivó de la suspensión de los servicios de consejería, lo que impidió el acceso regular a métodos anticonceptivos y se tradujo en un aumento en la tasa de embarazos no planificados y en el incremento de riesgos vinculados a la autogestión de abortos inducidos sin acompañamiento médico, esto debido a problemas estructurales que se fueron suscitando relacionados con la reasignación/reformulación de áreas y servicios de salud para la atención de casos de COVID-19, y la consecuente disminución en la disponibilidad de personal de salud para cubrir el resto de las atenciones y demandas.

Para las médicas de la red, el escenario de pandemia contribuyó a resaltar el perfil biomédico y epidemiológico de la medicina, al centrarse todo en la atención del COVID-19 y restar importancia a la necesidad de vincular la salud con las realidades sociales y las problemáticas situadas y diferenciales de las poblaciones: "Tengo la sensación de que el sistema de salud lo centró todo en la pandemia, aplicando el modelo médico hegemónico, sin visibilizar otras necesidades y demandas de la gente" (Mónica, médica generalista en CAPS, Paraná, Red Entre Ríos, 2021). De esta forma, la pandemia implicó un desafío y la profundización de discusiones motorizadas desde el espacio de la red en torno a exigir la declaración y el reconocimiento de la salud sexual y (no) reproductiva y de los derechos a la ILE/IVE como servicios esenciales e impostergables: "Preocupó la falta de empatía, de profesionalismo y humanidad. Múltiples reportes de maltrato y usuarias a las que se las obligaba a volver a sus casas a hacer un aborto con pastillas. Algo que de por sí ya resulta com-

plejo y contrario a las guías, sumado a la falta de acompañamiento e instrucciones en el uso de las mismas” (Lohana, médica generalista en CAPS, San Martín, Red Buenos Aires, 2021).

Durante la pandemia, las oportunidades de acceso a las consejerías se resintieron al reducirse el número de consultorios y de prestadores de salud disponibles: “En varios centros de atención primaria de la salud, los consultorios de ginecología se transformaron en salas para pacientes con riesgo de COVID, dejando a las mujeres sin atención y sin servicios” (Trinidad, médica ginecóloga en CAPS, Trelew, Red Chubut, 2020). Asimismo, el grado de afectación en la población usuaria de los servicios fue diferente según el grado de avance de la pandemia en los distintos territorios y sus características socioeconómicas. A esto último cabe añadir la imposibilidad de las mujeres de desplazarse a los centros sanitarios por miedo al contagio, aunque, principalmente, por la suspensión del transporte público y por las normas derivadas de las medidas de ASPO: “Las restricciones en la circulación afectaron mucho a las mujeres porque hay localidades que no cuentan con consejerías ni profesionales que garanticen las prácticas de ILE” (Médica generalista, auditora médica en OSEP, San Fernando, Red Catamarca, 2021). Lo cierto es que las medidas y protocolos nacionales destinados a enfrentar la pandemia no contemplaron la diversidad territorial ni los impactos desiguales que las restricciones en el sistema de salud generarían sobre las distintas realidades sociales y de salud locales.

Los servicios de ILE siempre estuvieron atravesados por múltiples barreras: por dimensiones que atañen a lo legal e institucional; por obstáculos vinculados a desigualdades territoriales y geográficas que generan oportunidades diferenciales para acceder al sistema de salud de manera inmediata, o por creencias religiosas que actúan como obstáculo y conducen a un uso abusivo de la objeción de conciencia por parte del personal sanitario. Estas barreras se profundizaron con la crisis sanitaria por COVID-19, y la sobrecarga del sistema de salud sirvió de base para negar atención a las demandas de aborto en hospitales y centros de salud: “Muchos consultorios no amigables se escudan en la emergencia sanitaria para limitar el acceso a la ILE” (Rebeca, médica en CAPS, Rosario, Red Santa Fe, 2020); “Durante la pandemia los grupos antiderechos se afianzaron, no olvidemos que la corporación médica es muy poderosa” (Camila, médica en CAPS, Morón, Red Buenos Aires, 2021).

Si bien la pandemia afectó la atención de la ILE en todos los niveles del sistema de salud, para las médicas de la red los mayores impedimentos estuvieron en la articulación con el segundo nivel de atención, considerando que los hospitales son los lugares con mayor concentración de médicos/as objetores/as, y donde se observa un perfil conservador muy marcado de la práctica médica: “Se han atendido menos

demandas y en los hospitales, como en el que trabajo yo, todo el servicio de ginecología y obstetricia es objetor y fue difícil coordinar los acompañamientos de ILE” (Silvina, médica en hospital, Río Tercero, Red Córdoba, 2021). Según datos del Proyecto Mirar, del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), se produjo una mejora en los indicadores de acceso al aborto legal y seguro con relación a 2019, lo que tiene que ver con los impactos sociosanitarios de la aprobación de la ley de IVE en 2020. Dicho proyecto, que monitoreó a todas las jurisdicciones del país, arrojó como resultado una mejora gradual en la oferta de los servicios y en la calidad de la atención; sin embargo, registró una desigualdad constante entre las provincias producto de la cultura conservadora en algunas de ellas y de las resistencias existentes a nivel institucional y práctico en relación con la aplicabilidad de la norma. Precisamente, el contexto de la pandemia coincidió en Argentina con los intentos de implementación de la ley de IVE, e implicó un desafío mayor de cara a superar el devenir de nuevos obstáculos vinculados a la emergencia de la crisis sanitaria.

La pandemia por COVID-19 exacerbó las desigualdades sociales, incluidas las vinculadas al género. Según las médicas de la red, los efectos regresivos de las medidas de ASPO fueron principalmente las siguientes: los obstáculos para el acceso a los servicios de consejería producto de las restricciones impuestas al desplazamiento y a la movilidad de las personas; la suspensión de los servicios de consejería debido a la sobrecarga del sistema de salud y a que se priorizó la atención de los casos de COVID-19; el incremento en la tasa de embarazos no deseados debido a que se interrumpió la provisión de métodos anticonceptivos y a las situaciones de abuso y violaciones intrafamiliares en el contexto de encierro; las edades gestacionales avanzadas que infringieron en los plazos legales para el acceso a la ILE; los temores de las usuarias para asistir a las consejerías debido al riesgo de contagio de coronavirus; las complejidades y los obstáculos para derivar los abortos al segundo nivel de atención, y los/as médicos/as objetores/as de conciencia que utilizaron el argumento de la pandemia para negar la atención de las demandas de ILE/IVE. “La pandemia implicó un menor acceso a anticonceptivos por falta de abastecimiento sostenido y embarazos no deseados por violaciones conyugales durante el aislamiento” (Verónica, médica en hospital, Red Salta, 2021); “Se incrementó la violencia de género y las dificultades de las mujeres para salir de sus casas y poder abortar” (Trinidad, ginecóloga en CAPS, Trelew, Red Chubut, 2020).

Más allá de los obstáculos provocados por la crisis sanitaria, la pandemia por COVID-19 implicó la evolución de enfoques innovadores orientados a garantizar la continuidad de las políticas de salud sexual y (no) reproductiva y el acceso a los servicios de ILE/IVE. La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir

se caracterizó por asumir un rol clave para evitar interrupciones en la provisión de métodos anticonceptivos y para continuar garantizando servicios de consejería y aborto en el sistema de salud. Ante los obstáculos de la pandemia, las prácticas médicas con perfil sanitario feminista permitieron responder a las necesidades del contexto y al escenario, al tratar de mitigar los impactos de la ASPO y sus efectos directos en la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres. De esta manera, las médicas de la red promovieron una revisión de los canales tradicionales de atención, al mismo tiempo que apostaron por la implementación de nuevas estrategias de contención y apoyo que facilitaron los abordajes en salud sexual y evitaron los tiempos de espera y las demoras para el acceso a la ILE/IVE:

Las profesionales de la red somos soldados en el frente de batalla, y el contexto del COVID nos obliga a rearmarnos y recrear muchas cosas, adaptarnos para pensar en nuevos modos de atención, porque las exigencias de la ILE no se redujeron, sino que aumentaron. Y hay que ponerles el pecho a todas esas solicitudes y buscar la manera de garantizar los abortos sin exponer a nuestras pacientes. Se hace mucho más difícil la atención, pero entendemos que los derechos no se posponen (Dalia, médica en CAPS, Córdoba Capital, Red Córdoba, 2020).

Al tratarse de una red federal y anclada en los territorios, resultó una herramienta absolutamente necesaria en estos tiempos de pandemia para poder monitorear y hacer diagnósticos en tiempo real de lo que iba sucediendo en muchos lugares con relación a la atención de las demandas de ILE. La comunicación hacia dentro de la red fue muy fluida y permitió pensar colectivamente en estrategias para dar respuestas en forma rápida. También, somos quienes reclamamos ante los ministerios de salud de las provincias y, desde adentro del sistema de salud, para que no escaseen los insumos y la medicación necesaria para garantizar los abortos en los CAPS y hospitales (Silvina, médica tocoginecóloga en CAPS, Castelli, Red Chaco, 2021).

Las mayores complicaciones estuvieron en las provincias que no adherían ni cumplían con los protocolos de ILE. Y somos las profesionales de la red quienes nos empeñamos en sostener las prácticas de aborto y dar respuestas a las mujeres que concurren a la consulta. Ante la pandemia, la red basó toda su militancia en seguir logrando que las políticas de aborto legal y seguro se cumplan, todo tal cual como lo veníamos haciendo hasta el momento (Natalia, médica generalista en CAPS, San Salvador, Red Jujuy, 2021).

Las prácticas feministas en medicina suponen enfoques innovadores que, en el caso del escenario causado por COVID-19, fueron notorios en las acciones emprendidas por las integrantes de la Red de Profesionales. Ante los obstáculos de la crisis sanitaria, estas se abocaron al desarrollo de propuestas transformadoras para responder a las necesidades de las usuarias de los servicios de consejería y para atender las demandas de ILE/IVE que se vieron afectadas por el aislamiento social y preventivo. Entre las acciones más relevantes destacó la puesta en funcionamiento de la telemedicina (consultas telefónicas y vía WhatsApp) para el sostenimiento de los servicios de consejería a distancia y proporcionar instrucciones para la realización de abortos seguros con pastillas, así como la intensificación del uso de las redes sociales (Facebook e Instagram) para la provisión de información dirigida a facilitar el contacto con agentes y prestadores del sistema de salud que garantizan los servicios de ILE/IVE. Al mismo tiempo, se trabajó en la articulación con organizaciones feministas y de la sociedad civil con el fin de dar respuesta a las demandas de anticoncepción y de ILE/IVE en el territorio, así como para construir puentes de acercamiento con el sistema de salud: “El apoyo entre colegas es fundamental, así como la actividad en las redes sociales como canal de comunicación con las usuarias” (Lorena, obstetra del CAPS, Rosario, Red Santa Fe, 2020); “La pandemia nos permitió articularnos como red y fortalecernos en la creación de nuevos vínculos” (Gabriela, médica de familia, Córdoba Capital, Red Córdoba, 2021); “Trabajamos en brindar un recurso actualizado y nos enfocamos en nuevas formas de llegar con información a las mujeres, enfatizando el uso del WhatsApp” (Eleonora, médico general de segundo nivel, Santa Rosa, Red La Pampa, 2021).

La pandemia por COVID-19 impactó directamente en la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres y obligó a repensar y revisar los perfiles y canales tradicionales de atención en medicina. En lo que comprende a la Red de Profesionales, esta colaboró en la implementación de estrategias innovadoras en el proceso de atención, y profundizó en el desarrollo de un modelo feminista de salud atento a comprender los efectos sociosanitarios de las medidas de ASPO y evitar el reforzamiento de barreras que dificultan el acceso a los servicios de ILE/IVE. El trabajo de la red resultó crucial en la medida en que su perfil e identidad federal permitió visibilizar y atender los impactos diferenciales de la pandemia en los distintos territorios como consecuencia de los problemas, ya existentes, relacionados con la oferta y el alcance de las políticas de salud sexual y (no) reproductiva a nivel nacional. Lejos de su excepcionalidad, el escenario de la pandemia invitó a pensar en la profundización de los vínculos entre el feminismo y la práctica médica, y en una red de cuidados orientados a garantizar políticas de atención y acompañamiento en el acceso al aborto legal y seguro.

Consideraciones finales

Históricamente, en Argentina el acceso a las políticas de anticoncepción y el cumplimiento de las exigencias del aborto legal y seguro estuvieron sujetos al perfil de las instituciones hospitalarias y a la diversidad de factores y actores que operan en el interior del sistema público de salud. A partir de tales características, esta investigación se centró en abordar y comprender las asimetrías de poder que existen en el campo sanitario y que se presentan como barreras que obstaculizan el derecho a la interrupción legal y voluntaria del embarazo. El objetivo de la investigación fue comprender aspectos relacionados con las formas en que el cumplimiento de las demandas de acompañamiento en la ILE/IVE se relaciona con los conflictos de perspectivas y posicionamientos en el campo médico. Es decir, las tensiones cotidianas que existen en los diferentes espacios y niveles del sistema de salud entre una visión conservadora y autoritaria de la práctica médica, y la evolución de los cambios generacionales en la profesión que se vinculan con la adopción de un perfil de la medicina con carácter feminista y perspectiva de los derechos de género. Para ello, se consideró necesario abordar la diversidad de posiciones de los actores en el ejercicio de la práctica médica asistencial, así como las consecuencias y resultados de sus implicaciones en la prestación de los servicios de consejería de aborto y postaborto.

En la presente investigación se propuso un recorte temporal entre los años 2018 y 2020, e implicó un trabajo de campo vinculado con la obtención de datos estratégicos asociados a la comprensión de la diversidad de escenarios y dimensiones que conforman la realidad situacional del aborto en Argentina, y su consideración como problemática de desigualdades y de salud pública. El trabajo con la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir posibilitó la indagación en temas como: la diversidad de narrativas que vinculan feminismo, aborto y práctica médica; conocer el trabajo realizado por las médicas feministas y los lazos de hermandad política con experiencias de mujeres atravesadas por situaciones de vulnerabilidad en salud, y la posibilidad de explorar las asimetrías de poder que existen en el interior de las instituciones hospitalarias y que actúan como trabas y retrasos para acceder a los servicios de ILE/IVE.

El propósito de la investigación fue conocer las consecuencias e impactos socio-sanitarios que, sobre la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres, supone la existencia de un modelo médico hegemónico y paternalista que implica una relación de verticalidad en la asistencia y el trato con las usuarias de los servicios de salud. También se indagó acerca de las transformaciones y conflictos generacionales que se están gestando en el ámbito médico y que tienen que ver con los avances de la

perspectiva de género en la atención clínica, así como sobre la labor de acompañamiento y contención que realizan las médicas integrantes de la red en los servicios de consejería y atención de salud de primer nivel, y sobre la posibilidad de vislumbrar las disputas de sentido entre el feminismo y los perfiles conservadores arraigados en la práctica médica asistencial.

El trabajo con integrantes de la Red de Profesionales despertó el interés de profundizar en el abordaje y estudio del surgimiento de un enfoque contrahegemónico y de género en el ejercicio de la práctica médica comprometida con garantizar el acceso a la interrupción legal y voluntaria del embarazo. Si bien en Argentina el marco normativo vigente y los factores institucionales en los que se realizan los abortos son importantes y condicionan sus prácticas, una de las variables más influyentes son los factores ideológicos que permean la actuación médica y que, en efecto, implican tanto restricciones como garantías en el acceso al aborto seguro en los hospitales y centros de salud.

La investigación tuvo como objetivo abordar los hilos conductores entre los principios ideológicos que componen el perfil identitario de la Red de Profesionales y sus inscripciones en el marco de la bioética feminista, la medicina social y la salud colectiva, esto último considerando las acciones de sus miembros como un proceso de reflexividad y agencia crítica en relación con las convenciones culturales y normativas en medicina, y con las formas en que los debates sobre el aborto llevaron a visibilizar cuestiones relacionadas con el paternalismo y las asimetrías de poder en el sistema de salud.

Finalmente, esta investigación se interesó en abordar las estrategias de acompañamiento realizadas por integrantes de la Red de Profesionales en el contexto de la pandemia por COVID-19 para garantizar la realización de abortos seguros y autoadministrados y la defensa de la salud sexual y (no) reproductiva como servicios esenciales de atención. Por cierto, las medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) impactaron directamente en la prestación de los servicios de ILE/IVE, y los impedimentos provocados por la pandemia contribuyeron a profundizar las desigualdades estructurales que obligan a mujeres y demás personas gestantes a practicarse abortos inducidos en situación de vulnerabilidad sanitaria. El impacto de la pandemia por coronavirus, los confinamientos, la violencia sexual dentro de los hogares, y las restricciones a las políticas de provisión de métodos anticonceptivos resultaron en un aumento de embarazos no deseados y en una reducción del acceso a la ILE/IVE. En definitiva, la obstrucción de derechos en relación con el aborto se agudizó con la pandemia, y las múltiples medidas adoptadas para enfrentar la crisis

sanitaria tendieron a profundizar los procesos sociales de desigualdad estructural ya presentes.

Referencias bibliográficas

Ahmed, Sara

2018 *Vivir una vida feminista*, Barcelona, Bellaterra.

Arfuch Leonor

2007 *Espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Ayres, José, Paiva, Vera y Cássia, María

2018 «Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud», en Vera Paiva, José Ayres, Alejandro Capriati, Ana Amuchástegui y Mario Pecheny (eds.), *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*, Buenos Aires, Teseo, pp. 21-35.

Ase, Iván y Buriyovich, Jacinta

2009 «La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?», *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/229>

Beauchamp, Tom y Childress, James

1994 *Principles of biomedical ethics*, Nueva York, Oxford University Press.

Becker, Howard

2009 *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Bergallo, Paola

2016 «La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en Argentina», en Rebecca Cook, Joanna Erdman y Bernard Dickens (eds.), *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias*. México, Fondo de Cultura Económica, pp. 187-217.

2018 «Del fracaso del giro procedimental a la inviabilidad del modelo de causales», en Paola Bergallo, Isabel Jaramillo Sierra y Juan Marco Vaggione (eds.), *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 155-166.

Boltansky, Luc

2014 *De la crítica. Compendio de sociología de la emancipación*, Madrid, Akal.

- Bourdieu, Pierre
2007 *El sentido práctico*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc
2008 *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Capdeville, Pauline y Arlettaz, Fernando
2018 «Laicidad y derecho legal al aborto», en Paulina Capdeville y María Medina Arellano (eds.), *Bioética laica. Vida, muerte, género, reproducción y familia*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 331-364.
- Casallas Murillo, Ana Lucía
2017 «La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional», *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6123/3983>
- Castilla, María, Kunin, Johana y Blanco Esmoris, María
2020 *Pandemia y nuevas agendas de cuidado*. Buenos Aires, IDAES-UNSAM.
- Castro, Roberto y Bronfman, Mario
1993 «Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión», *Saúde Pública*, 9(3), 375-394. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/24.pdf>
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina
2009 *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, Roberto y López Gómez, Alejandra
2009 *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chaneton, July y Vacarezza, Nayla
2012 *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*, Buenos Aires, Marea Editorial.
- Cook, Rebecca
2016 «Significados estigmatizados del derecho penal sobre el aborto», en Rebecca Cook, Joanna Erdman y Bernard Dickens (eds.), *El aborto en*

el derecho transnacional. Casos y controversias, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 438-469.

Deza, Soledad

2015 «Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia», *Perspectivas Bioéticas*, (20), 76-99. Recuperado de: <https://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/19-120-237-2-PB.pdf>

2017 «Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas», *Revista de Bioética y Derecho*, (39), 23-52. Recuperado de: <https://revistas.ub.edu/index.php/RBD/article/view/17723/20430>

Diniz, Débora y González Vélez, Ana

1998 «Bioética feminista: a emergência da diferença», *Estudos Feministas*, 6(2), 255-263. Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12006/11292>

Dosso, Daniela

2013 «Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires», *Perspectivas Bioéticas*, (34), 75-93. Recuperado de: <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD27519.pdf>

Drovetta, Raquel

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», *Salud Problema*, (14), 13-35. Recuperado de: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/594>

Erviti, Joaquina, Castro, Roberto y Sosa Sánchez, Itzel

2006 «Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México», *Estudios Sociológicos*, 24(72), 637-665. Recuperado de: <https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/409/409>

Esteban, Mari Luz

1996 «Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico», *Kobie. Serie Antropología Cultural*, (7), 18-39. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002

Fernández Vázquez, Sandra

2018 «Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales de embarazo en el Área Metropoli-

- tana de Buenos Aires (2007-2017)», *Revista de Bioética y Derecho*, 43, 145-160. DOI: <https://doi.org/10.1344/rbd2019.o.21639>
- 2022 «Los antecedentes de una conquista: transformaciones políticas y normativas en el proceso de legalización del aborto en Argentina», *Derecho y Ciencias Sociales*, (261-19. Recuperado de: <https://revistas.unlp.edu.ar/dcs/article/view/13442>
- Fraser, Nancy
- 2008 «La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación», *Revista de Trabajo. Nueva Época*, 4(6), 83-100. Recuperado de: https://www.filosoficas.unam.mx/docs/940/files/Nancy%20Fraser_%20De%20la%20distribucio%CC%81n%20al%20reconocimiento.pdf
- Gherardi, Natalia y Gebruers, Cecilia
- 2015 «El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F.A.L.», Buenos Aires, Red de Acceso al Aborto Seguro (Serie Documentos REDAAS, 2). Recuperado de: http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/Doc2_AbortolegalenArgentina_issn.pdf
- González Prado, Patricia
- 2011 «Obstáculos al aborto no punible. Análisis de casos en Argentina desde una lectura feminista», en Juan Margo Vaggione y María Angélica Peñas Defago (eds.), *Actores y discursos conservadores en los debates contemporáneos sobre sexualidad y reproducción*, Córdoba, Argentina, Católicas por el Derecho a Decidir, pp. 257-284.
- Haraway, Donna
- 1995 *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*, Madrid, Cátedra.
- Holmes, Helen y Purdy, Laura
- 1992 *Feminist perspectives in medical ethics*, Indianapolis, Indiana University Press.
- Irrazábal, Gabriela, Belli, Laura y Funes, María
- 2019 «Derecho a la salud versus objeción de conciencia en la Argentina», *Revista Bioética*, 27(4), 728-738. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570649017>

Jelin, Elizabeth

2011 «Los derechos como resultado de luchas históricas», en Elizabeth Jelin, Sergio Caggiano y Laura Mombello (eds.), *Por los derechos. Mujeres y hombres en la acción colectiva*, Buenos Aires, Nueva Trilce, pp. 21-34.

2020 «Desigualdades y diferencias: género, etnicidad / raza y ciudadanía en las sociedades de clases (realidades históricas, aproximaciones analíticas)», en E. Jelin, R. Motta y S. Costa (eds.), *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 155-180.

Kessler, Gabriel

2014 *Controversias sobre la desigualdad. Argentina, 2003-2013*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Kessler, Gabriel y Benza, Gabriela

2021 «El impacto del Covid-19 en América latina», en Gabriel Kessler y Gabriela Benza, *La ¿nueva? estructura social de América Latina. Cambios y persistencias después de la ola de gobiernos progresistas*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 135-173.

López de la Vieja, María Teresa

2008 *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la ética*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Luna, Florencia y Salles, Arleen

2008 *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Maliandi, Ricardo y Thüer, Oscar

2008 *Teoría y praxis de los principios bioéticos*, Lanús, Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

Mario, Silvia y Pantelides, Edith

2009 «Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina», *Notas de Población*, (87), 95-120.

Marsico, Gaia

2003 *Bioética, voces de mujeres*, Madrid, Narcea.

Meccia, Ernesto

2020 «Cuéntame tu vida. Análisis sociobiográfico de narrativas del yo», en Ernesto Meccia (ed.), *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas*, Buenos Aires, Eudeba, pp. 63-96.

Menéndez, Eduardo

1990 *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza Editorial.

- 2020 «Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias», *Salud Colectiva*, 16, 1-25. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Ortner, Sherry
2016 *Antropología y teoría social. Cultura, poder y agencia*. Buenos Aires, UNSAM Edita.
- Palomo, María Teresa y Venturiello, María Pía
2021 «Repensar los cuidados desde lo comunitario y las poblaciones vulnerables: Buenos Aires y Madrid durante la pandemia de SARS-CoV-2», *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, 48(89), 126-160. Recuperado de: <http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/1471/1533>
- Petracci, Mónica, Pecheny, Mario, Mattioli, Marina y Capriati, Alejandro
2012 «El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires», *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, (12), 164-197.
- Reygadas, Luis
2020 «La construcción simbólica de las desigualdades», en Elizabeth Jelin, Renata Motta y Sérgio Costa (eds.), *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 201-222.
- Ramón Michel, Agustina y Cavallo, Mercedes
2018 «El principio de legalidad y las regulaciones de aborto basadas en los médicos», en Paola Bergallo, Isabel Jaramillo Sierra y Juan Marco Vaggione (eds.), *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 31-55.
- Ramos, Silvana y Fernández Vázquez, Sandra
2020 «¿Por qué abortan las mujeres? Contexto y biografía en las experiencias de aborto», Buenos Aires, Red de Acceso al Aborto Seguro (Serie Documentos REDAAS, 12). Recuperado de: <https://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/183-N12%20-%20Porque%20abortan%20las%20mujeres%20-%20SR%20Y%20SFV.pdf>
- Ramos, Silvana, Romero, Mariana y Aizenberg, Lila
2014 «Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina», *Reproductive Health Matters*, 43, 4-15. Recuperado de: <https://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/ramos%20et%20al%202015.pdf>

- Ramos, Silvana, Gogna, Mónica, Petracci, Mónica, Romero, Mariana y Szulik, Dalia
2001 *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES.
- Saletti Cuesta, Lorena y Aizenberg, Lila
2021 «Abordajes de violencias de género y de interrupción legal del embarazo en servicios de salud durante el aislamiento por COVID-19», *Salud Colectiva*, 17, 1-18. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3678>
- Schrairber, Lilia y d'Oliveira, Ana
2014 «La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña», *Salud Colectiva*, 10(3), 301-312. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2014.394>
- Scott, James
2000 *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*, México, Ediciones de la Era.
- Scott, Joan
1992 «Experiencia», *Revista de Estudio de Género. La Ventana*, (13), 42-73.
- Segato, Rita
2018 *La guerra contra las mujeres*, Buenos Aires, Prometeo.
- Sherwin, Susan
2014 «Feminismo y bioética», *Debate Feminista*, (49), 45-69. Recuperado de: https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/1118
- Szulik, Dalia y Zamberlin, Nina
2017 «Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina», *Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología*, 5, 6-14. Recuperado de: http://www.fasgo.org.ar/images/flasog_boletin_sept_2017.pdf
- 2020 «La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud», *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 34, 46-67. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/34926/33409>
- Szwarc, Lucial y Fernández Vázquez, Sandra
2018 «Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina», *Revista de Ciencias*

Sociales y Humanas, 12, 163-177. Recuperado de: <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/280>

Tong, Rosemarie

1997 *Feminist approaches to bioethics*, Boulder, Westview Press.

Trebisacce, Catalina

2016 «Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista», *Cinta de Moebio*, 57, 285-295. Recuperado de: <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/44480>

Vaggione, Juan Marco y Puga, Mariela

2013 «La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos», en M. Vasallo (ed.), *Peripecias en la lucha por el derecho al aborto*, Córdoba, Argentina, Católicas por el Derecho a Decidir, pp. 93-138.

Wolf, Susan

1996 *Feminism and bioethics. Beyond reproduction*, Nueva York, Oxford University press.

PABLO GUDIÑO BESSONE.

.....

Doctor en Ciencias Sociales por el Instituto de Desarrollo Económico y Social de la Universidad Nacional de General Sarmiento (IDES-UNGS), Argentina. Investigador asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Centro de Conocimiento, Formación e Investigación en Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Villa María (CCONFINES-UNVM), Córdoba, Argentina. Investigador del Programa en Estudios de Género, Derechos y Sexualidades (PEGDES-CCONFINES) y del Programa de Ciudadanía y Derechos Humanos del Centro de Investigaciones Sociales-IDES/CONICET. Docente del Instituto Académico y Pedagógico de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Villa María. Áreas de estudio: sociología de la religión, sociología de la salud, sociología política, estudios de género.

Citar como: Gudiño Bessone, Pablo (2023), "Prácticas feministas en salud y acceso al aborto en Argentina (2018-2021)", *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, núm. 95, año 44, julio-diciembre de 2023, ISSN: 2007-9176; pp. 377-419. Disponible en <<http://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/issue/archive>>.
